

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1928-1929

N° 33

DE L'INFLUENCE
DES
REPOSITIONS CHIRURGICALES
DE L'UTÉRUS
SUR LA GROSSESSE ET L'ACCOUCHEMENT

Thèse pour le Doctorat en Médecine

Présentée et soutenue publiquement le Mardi 18 Décembre 1928.

PAR

Henri-Léon PARNEIX

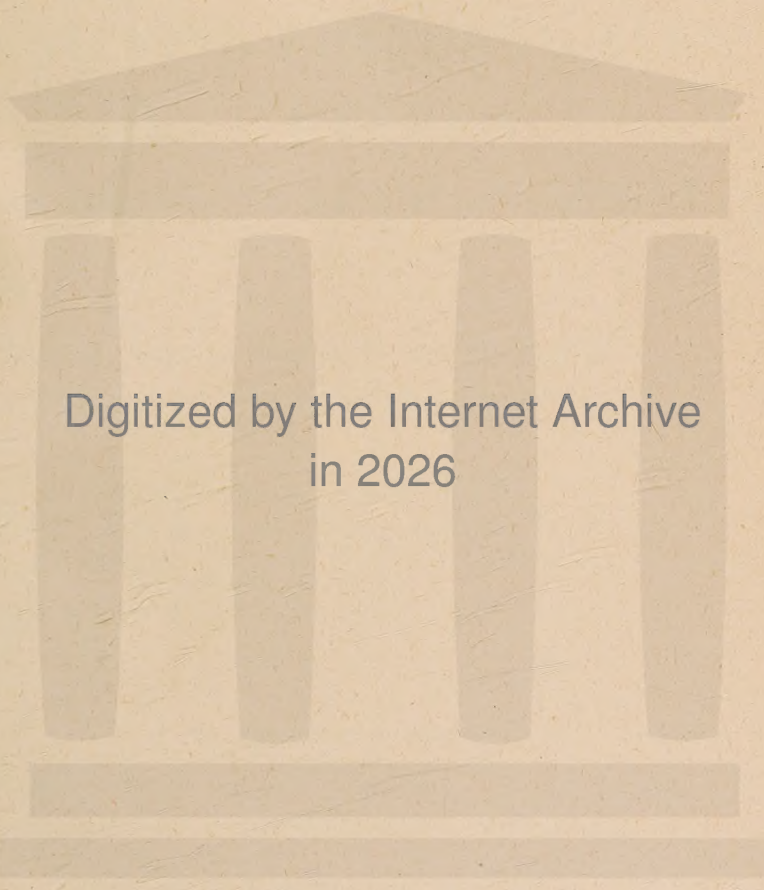
Elève du Service de Santé de la Marine,
Lauréat de la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Externe des Hôpitaux
Né à Chamboulive (Corrèze), le 18 Février 1904

Examineurs de la Thèse	{	MM. ANDÉRODIAS, professeur.....	Président.
		LANDE, professeur.....	Juges.
		DUPÉRIÉ, professeur.....	
		FAUGÈRE, agrégé.....	

BORDEAUX

Imprimerie J. BIÈRE, 18-20-22, rue du Peugue

1928



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548412_0033

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1928-1929

N° 33

DE L'INFLUENCE
DES
REPOSITIONS CHIRURGICALES
DE L'UTÉRUS
SUR LA GROSSESSE ET L'ACCOUCHEMENT

Thèse pour le Doctorat en Médecine

Présentée et soutenue publiquement le Mardi 18 Décembre 1928.

PAR

Henri-Léon PARNEIX

Élève du Service de Sante de la Marine,
Lauréat de la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Externe des Hôpitaux
Né à Chamboulive (Corrèze), le 18 Février 1904



Examineurs de la Thèse

{	MM. ANDÉRODIAS, professeur.....	<i>Président.</i>
	LANDE, professeur.....	{ <i>Juges.</i>
	DUPÉRIÉ, professeur.....	
	FAUGÈRE, agrégé.....	

BORDEAUX

Imprimerie J. BIÈRE, 18-20-22, rue du Peugue

1928

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS. Doyen

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. LANELONGUE, BADAL, POUSSEON, MOURE, PRINCETEAU, W. DUBREUILH
BARTIER, LE DANTEC.

PROFESSEURS

MM.			MM.
Clinique médicale	VERGER.	Clinique chirurgicale infan- tile et orthopédie	ROCHER
Clinique chirurgicale	CASSAET.	Clinique gynécologique...	GUYOT.
Pathologie et thérapeuti- que générales.	CHAVANNAZ.	Clinique médicale des ma- ladies des enfants.	CRUCHET
Clinique d'accouchements.	CARLES.	Chimie biologique et mé- dicale.	DENIGES.
Anatomie pathologique et microscopie clinique...	ANDERODIAS.	Physique médicale et phar- macologique.	SIGALAS.
Anatomie	SABRAZES.	Médecine coloniale et cli- nique des maladies exoti- ques.	BONNIN
Anatomie générale et his- tologie	VILLEMIN.	Clinique des maladies cuta- nées et syphilitiques...	PETGES.
Physiologie	G. DUBREUIL.	Clin. des mal. des voies urinaires.	DUVERGEY
Hygiène.	PACHON.	Clinique des maladies ner- veuses et mentales....	ABADIE
Médecine légale et déon- tologie	AUCHE.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie...	PORTMANN.
Électroradiologie et clin. d'électricité médicale..	LANDE	Toxicologie et hygiène ap- pliquée.	LABAT.
Chimie	RÉCHOU	Hydrologie thérapeutique et climatologie.	SELLIER.
Botanique et matière mé- dicale.	CHELLE.		
Pharmacie	BEILLE.		
Zoologie et parasitologie..	DUPOUY.		
Médecine expérimentale..	MANDOUL.		
Clinique ophtalmologique.	MAURIAC.		
	TEULIÈRES.		

MM. DELAUNAY (Physiologie). — MICHELEAU, LEURET,
DUPÉRIÉ (Médecine générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			MM.
Anatomie	DUBECO.	Maladies mentales.	PERRENS.
Histologie	LACOSTÉ.		PAPIN.
Physiologie	DELAUNAY.	Chirurgie générale.	JEANNENEY
Anatomie pathologique...	MURATET.		CHARRIER.
Parasitologie et Sciences naturelles	R. SIGALAS.	Obstétrique	LOUBAT.
			PERY.
	CREYX.		FAUGÈRE
	AUBERTIN.	Ophtalmologie	BEAUVIEUX
Médecine générale.	DAMADE.	Pharmacie	GOLSE.
	PECHAUD.	Dermatologie et syphilogra- phie.	JOULIA.
	N...		

COURS COMPLÉMENTAIRES :

MM.			MM.
Clinique dentaire	CAVALIE	Puericulture	N.
Médecine opératoire	PAPIN	Démonstrations et préparat. pharmac.	N.
Accouchements	AUGÈRE.	Pharmacie chimique	GOLSE
Ophtalmologie	CABANNES	Zoologie et parasitologie	R. SIGALAS.

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes. MM. N.

Cours complémentaire annexe — Prothèse et rééducation professionnelle. GOURDON

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE
DE MON PERE ET DE MA MERE

A MA SŒUR

Faible témoignage de ma reconnaissance infinie et de ma profonde affection.

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MES CAMARADES
DE LA MARINE ET DES TROUPES COLONIALES

A MES MAITRES
DE L'ECOLE ANNEXE DE ROCHEFORT

A MES MAITRES
DE L'ECOLE DE SÂTE DE LA-MARINE

A MES MAITRES
DES HOPITAUX ET DE LA FACULTE

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL BRUGERE
DIRECTEUR DE L'ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ
DE LA MARINE ET DES COLONIES
COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR
OFFICIER D'ACADÉMIE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ F. FAUGERE

*qui fut l'initiateur de ce modeste
travail, et qui a bien voulu
nous communiquer deux ob-
servations.*

*qu'il trouve ici l'expression de
notre vive reconnaissance.*

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR J. ANDERODIAS
PROFESSEUR DE CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX
ACCOUCHEUR DES HOPITAUX
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

*Je vous remercie, mon cher maître,
de votre enseignement et
du grand honneur que vous
m'avez fait en acceptant de
présider cette thèse.*

QUE TOUS LES MAITRES QUI ONT CONTRIBUÉ
A MON INSTRUCTION MÉDICALE
VEUillent BIEN TROUVER ICI
L'EXPRESSION DE MA RESPECTUEUSE RECONNAISSANCE

JE TIENS A REMERCIER TOUT SPÉCIALEMENT

M. LE PROFESSEUR GUYOT

POUR LA GRANDE AMABILITÉ AVEC LAQUELLE
IL M'A ACCUEILLI DANS SON SERVICE ET POUR
LES OBSERVATIONS INTÉRESSANTES QU'IL M'A
DONNÉES.

I. — DEFINITION ET LIMITATION DU SUJET

Par repositions chirurgicales de l'utérus, nous entendons les diverses opérations qui, dans les cas de rétrodéviation de cet organe, se proposent de redresser celui-ci et de le maintenir en bonne position, en le fixant soit à la symphyse pubienne, soit à la vessie, soit plus fréquemment à la paroi abdominale ou au vagin.

Il n'entre pas dans notre intention de décrire les 217 méthodes qu'a comptées Van der Helde; ce serait là un travail fastidieux et sans intérêt, car, d'une part, beaucoup de ces méthodes ne se différencient que par quelques détails de technique, et d'autre part, un grand nombre d'entre elles, aussitôt nées, sont tombées rapidement en désuétude.

Nous diviserons ces procédés en deux grandes classes :
1° les fixations directes ou hystéropexies dans lesquelles c'est l'utérus lui-même qu'on suture à la paroi ou au vagin.
2° les fixations indirectes ou ligamentopexies qui agissent sur la matrice par l'intermédiaire de ses ligaments.

La première classe comprendra elle-même deux variétés : l'hystéropexie abdominale directe ou ventrofixation et l'hystéropexie vaginale ou vaginofixation selon que l'utérus est fixé à la paroi abdominale ou au vagin.

Parmi les pexies ligamentaires, nous laisserons délibérément de côté tous les procédés portant sur les ligaments larges et sur les ligaments utéro-sacrés; peu pratiques, difficiles à exécuter, leurs résultats n'ont pas été brillants et

ils sont tombés dans l'oubli. Par contre, l'Alquié-Alexander, l'opération de Baldy-Dartigues et surtout le procédé de Doléris retiendront toute notre attention et feront l'objet principal de ce modeste travail.

Après ces quelques définitions nécessaires à la compréhension du sujet, le plan que nous allons suivre s'impose tout naturellement à notre esprit.

Nous étudierons successivement en trois points essentiels, les vaginofixations, les ventrofixations, les ligamentopexies considérées surtout au point de vue obstétrical. Au préalable, et en un court chapitre, nous essaierons de traiter la question très importante de l'hystéropexie envisagée dans ses rapports avec la fécondation. Enfin, la dernière partie sera réservée à nos observations.

II. — HISTORIQUE

C'est Alquié de Montpellier qui, le premier, eut l'idée qu'on pouvait corriger les rétrodéplacements de l'utérus par le raccourcissement des ligaments ronds.

Lorsque, le 17 novembre 1840, il présentait à l'Académie de Médecine un mémoire sur « une nouvelle méthode de traiter les déplacements de la matrice », il ne se doutait certes pas, du nombre considérable de procédés qu'allait faire naître cette idée et quel avenir lointain, mais brillant, le temps réservait à son originale conception. L'animal et le cadavre lui avaient servi de champ d'expérience, mais il n'avait pas osé tenter l'opération sur le vivant. Une commission fut nommée, Baudelocque, Bérard et Villeneuve la composaient. Ils conclurent au bout de quatre ans, en louant l'auteur de sa prudente abstention, et en condamnant son procédé qui ne leur paraissait ni réalisable, ni d'une grande efficacité thérapeutique.

Vingt-quatre ans plus tard, Deneffe¹, à Gand, après de nombreuses expériences sur le cadavre, l'exécutait sur une femme atteinte de prolapsus, sous les yeux de Burggraeve et de Soupart. Malgré les judicieux conseils de Burggraeve, d'ouvrir le canal inguinal dans toute sa longueur, il ne put trouver les ligaments. La malade guérit, mais Burggraeve dut comparaître devant la Commission des Hospices « pour

1. Deneffe, *Presse Médicale belge*, sept. 1885.

s'être permis des expériences sur les patientes confiées à ses soins ».

Le 27 mars 1869, un chirurgien français, Kœberlé¹, de Strasbourg, eut l'audace de pratiquer une laparotomie chez une malade atteinte d'occlusion intestinale par rétroversion de l'utérus. Il redressa l'organe et le fixa en suturant le pédicule de la trompe et de l'ovaire dans l'angle inférieur de l'incision abdominale. Il se défendit d'ailleurs de vouloir appliquer ce procédé au traitement général de la rétroversion; il n'était intervenu qu'à cause de l'ileus. Quoi qu'il en soit, le diagnostic de rétroversion était posé avant l'opération, et le traitement final a été dirigé contre elle.

En 1881, Alexander de Liverpool, reprenant les idées d'Alquié, pratiquait pour la première fois le raccourcissement inguinal des ligaments ronds, et, en 1882, Adams de Glasgow faisait une opération analogue sans avoir connaissance, semble-t-il, des recherches de son confrère de Liverpool.

Vers cette époque, Kœberlé avait de nombreux imitateurs. Un chirurgien américain, Sims², en 1875, fixe l'utérus à la paroi après laparotomie. Son exemple est bientôt suivi en 1876 par Kaltenbach en Allemagne, et en 1879, par Muller de Berne. Mais ce n'est qu'en 1885 que les gynécologues commencèrent à prendre en considération le traitement des rétrodéviations utérines au moyen de l'hystéropexie, et celle-ci entra dans la pratique chirurgicale après les travaux de Von Olshausen en 1886.

A partir de ce moment, les procédés se multiplièrent. On a fixé l'utérus à la paroi abdominale, à la paroi vaginale, au sacrum; on a raccourci les ligaments ronds, les ligaments utéro-sacrés, les ligaments larges; on a utilisé la voie inguinale, la voie vaginale, la voie abdominale, et Van der Helde a pu établir que le nombre de procédés destinés à redresser

1. Kœberlé, *Centr. für Medizin. Wissenschaft*, juin 1869.

2. Sims, *The British Am. Journal*, n° 8, 1877.

l'utérus et à le fixer en bonne position atteignait le chiffre coquet de 217.

Les dénominations variées de ventrofixation, utérofixation, vaginofixation, se sont tour à tour succédées pour désigner ces procédés. Actuellement, c'est le terme d'hystéropexie proposé par Trélat qui est le plus fréquemment employé.

Tandis que les chirurgiens pratiquaient des hystéropexies à tort et à travers, selon l'expression de Richelot, quelques gynécologues commencèrent à s'inquiéter de l'influence que pouvaient avoir ces sortes d'opérations sur la grossesse et l'accouchement. Pour la première fois, au Congrès de la Société Allemande de Gynécologie tenu à Fribourg en Brisgau, du 12 au 14 juin 1889, fut agitée cette question.

Dès lors les nombreuses publications qui se succèdent à ce sujet montrent l'intérêt que les chirurgiens et les accoucheurs attachent à ce point important.

En 1899, c'est Routier en France qui publie des résultats de grossesse après hystéropexie; puis paraissent le travail très documenté de Demelin¹ en 1896, les communications de Pinard en 1899, de Fichelot en 1900, et de multiples thèses sur le même sujet. Enfin, les rapports de Doléris, de Bouilly, de Laroyenne, de Oui, aux différents congrès de gynécologie qui eurent lieu à Fribourg, à Bordeaux, à Genève, à Bruxelles et à Rouen, traitèrent la question de l'hystéropexie au point de vue obstétrical. Tous les auteurs furent frappés d'abord de l'immense variété des procédés, et ensuite de l'inégalité des résultats obtenus selon la méthode employée.

Les travaux beaucoup plus récents de Gosset, de Pouchier, de Bazy, de Muret, de Fossier, d'Eparvier et Michon, de Luque, de Gemmel et Robinson, d'Ivens, de Bloomfield.

1. Demelin, *L'Obstétrique*, sept. 1896.

pour ne citer que les principaux; les rapports de Henneberg et Proust au Congrès de Genève de 1923 nous prouvent que le traitement des rétrodéviations utérines reste à l'ordre du jour, et que les résultats obstétricaux des divers procédés intéressent au plus haut point chirurgiens et accoucheurs.

III. — LES REPOSITIONS CHIRURGICALES DE L'UTERUS ET LA FECONDATION

Avant d'aborder l'étude des pexies tant utérines que ligamentaires, il est logique de se demander, si la fixation, soit directe, soit indirecte de l'utérus, retentit d'une façon quelconque sur la fécondation; en d'autres termes, l'hystéropexie favorise-t-elle la conception ou n'exerce-t-elle aucune influence sur elle? Ne peut-elle pas lui porter préjudice?

Si la première question présente quelques difficultés, il est tout au moins aisé de répondre à la dernière. Tous les auteurs, et quels que soient les procédés employés, ont publié de nombreux cas de grossesse après hystéropexie. A l'heure actuelle, les observations ne se comptent plus. Reyes, sur 377 femmes opérées par lui, a trouvé dans 48 % des cas des grossesses après l'opération. Il cite : Giles qui donne comme proportion 33 % sur 144 cas, Cragin 18 % sur 400 cas, Rossier 10, 5 % sur 200 opérations.

Ces quelques chiffres prouvent surabondamment que l'acte opératoire ne gêne en tout cas, en aucune façon, la fécondation.

La facilite-t-il? Il serait plus téméraire de l'affirmer; toutefois, les fixations utérines et ligamentaires étant dirigées contre la rétroposition, une question s'impose comme corollaire de la précédente : la rétrodéviation peut-elle, à elle seule, être cause de stérilité? Si oui, il est logique que l'hystéropexie, en triomphant de la cause, fasse disparaître l'effet.

Ce problème, qui n'est pas sans intérêt dans un pays, où, comme le nôtre, on parle beaucoup de faible natalité, a été envisagé plusieurs fois dans la littérature. C'est ainsi qu'au récent Congrès de Genève de 1923, Henneberg, dans son rapport, cite : Kummer (1896), Doléris (1898), Arthur Gilles (1899), Richelot (1900), Banberg (1911), Funck-Brentano et Planchu (1912), Döderlein (1921), Montuoro (1921), Walthard et Meyes Ruegg (1921). Pour eux, la rétrodévi-ation peut, dans quelques cas, être facteur de stérilité. Dans la discussion qui suivit les rapports, Henrotay (d'Anvers) et Aubert (de Genève) émisrent une opinion analogue. Mais la lecture du compte rendu donne l'impression que la ques-tion de la stérilité a été envisagée d'une façon tout à fait accessoire, car ce n'est pas elle qui, dans la majorité des cas, pose l'indication du traitement chirurgical.

Par contre, certains auteurs se montrent plus affirmatifs; c'est ainsi que Graff et Petzold, Eparvier et Michon, (ha-tillon pensent que la rétrodévi-ation peut être cause de sté-rilité. De même Funck-Brentato et Planchu, dans leur rap-port au XV^e Congrès de la Société d'Obstétrique de France en 1912, lui attribuent une place importante dans la patho-génie de celle-ci; car, non seulement cette position anormale de l'utérus est susceptible de gêner la fécondation, mais encore et surtout, elle s'accompagne très fréquemment de lésions annexielles qui « rendent le plus souvent la concep-tion difficile sinon impossible ». Aussi ils préconisent, ap-prouvés dans leurs conclusions par Pinard, le redressement opératoire de l'utérus dans les cas de rétrodévi-ation accom-pagnés de stérilité persistante.

Le problème a donc été envisagé, et tranché par l'affir-mative, par des voix plus autorisées que la nôtre.

Par quel mécanisme les rétrodéplacements peuvent-ils causer la stérilité? C'est ce que Eparvier et Michon se sont efforcés d'établir dans un article paru dans *Lyon Médical*¹

1. Voir Bibliographie.

Nous ne pouvons mieux faire que de les citer. Pour eux, trois sortes de causes peuvent, dans la rétrodéviatiou, être facteurs de stérilité. Ce sont : des causes vaginales, des causes utérines et des causes annexielles.

1^o *Causes vaginales*. — Dans la rétroversion sans rétroflexion, le col logé dans le cul-de-sac antérieur est dissimulé derrière le pubis et son orifice regarde directement en avant. Aussi, pendant le coït, le sperme est projeté non plus sur le col comme normalement, mais dans le cul-de-sac postérieur déformé. Il n'est pas douteux que ces conditions défectueuses ne constituent un obstacle pour la conception. De plus, comme l'a fait remarquer Pajot, la muqueuse vaginale antérieure en s'appliquant sur l'orifice cervical, ce qui est rendu possible par la mauvaise position de celui-ci, peut l'obturer et rendre ainsi la fécondation impossible. Ce mécanisme fort simple peut, dans ces cas déterminés, être la cause de la stérilité, et c'est la raison pour laquelle le coït « *more canis* » conseillé à des ménages infructueux, parce que ignorants de ce mode de conception, a fait cesser rapidement une stérilité nullement souhaitée.

2^o *Causes ulérines*. — Les phénomènes de congestion, existant dans les rétrodéviations utérines et signalés par de nombreux auteurs, ne paraissent pas être un obstacle à la fécondation. C'est au niveau de l'isthme surtout que se créent des conditions mécaniques défavorables. Dans la rétroflexion, il se produit une coudure plus ou moins marquée qui, pour certains, ne serait pas étrangère à la stérilité.

3^o *Causes annexielles*. — La mauvaise position de l'utérus entraîne des vices de position des annexes. De ce fait, des coudures de trompes peuvent se produire. En outre, le prolapsus ovarien accompagne presque toujours la rétrodéviatiou utérine. Si on ajoute à cela des troubles circulatoires et des phénomènes congestifs qui manquent rarement, on peut admettre qu'il y a là des conditions défectueuses au bon fonctionnement de l'appareil génital.

Telles sont, pour Eparvier et Michon, les causes essentielles qui, dans la rétroposition, peuvent provoquer la stérilité. Les statistiques leur donnent raison. Chatillon, au Ve Congrès de l'Association des Gynécologues et obstétriciens de langue française, cite Winckel pour lequel 10 % des femmes porteuses de rétroflexion sont stériles et 4, 4 % de toutes, les femmes stériles ont une rétroflexion. Mayer, sur 272 cas de stérilité, note 37 rétroflexions et Schenck 4 fois sur 44 cas. Winter, sur 121 cas de stérilité primaire, compte 8 % de rétrodéviations comme cause de stérilité. Meyer, sur 227 femmes stériles, trouve 21 rétroflexions primaires et 24 secondaires. Enfin Luque (de Madrid), dans une statistique personnelle portant sur 7.000 cas, a noté 33 % de stérilité soit primitive, soit secondaire, due à la rétroposition de l'utérus.

Le rôle de la rétrodéviatiou dans l'étiologie de la stérilité n'est donc pas douteux. Les procédés médicaux et chirurgicaux destinés à combattre cette mauvaise position de l'utérus, nous en fournissent la preuve. Très souvent en effet, la pose d'un pessaire, après réduction d'une rétrodéviatiou mobile, s'accompagne à brève échéance d'une grossesse. L'Ecole Lyonnaise, restée fidèle à ce mode de traitement, a noté maintes fois le fait, et Violet pourrait citer une trentaine de cas dans sa pratique des dernières années.

Dans ces conditions, on conçoit que la cure des rétrodéplacements par les pexies utérines ou ligamentaires puisse donner des résultats analogues. D'ailleurs, il est logique de penser que les opérations qui rétablissent l'utérus dans l'axe de la filière génitale, supprimant toute coudure anormale, et amendant en même temps les phénomènes congestifs et métritiques, doivent de ce fait favoriser la conception.

Nous avons trouvé dans la littérature de nombreuses observations qui viennent à l'appui de notre thèse. Dans tous les cas, les femmes jusque-là stériles, sont devenues enceintes après l'intervention. Nous les rapportons ci-dessous :

Hayd : 12 cas de stérilité, tous traités par l'Alexander et tous suivis de grossesse dont 3 biparités et 1 triparité.

Doléris : 5 cas — 4 après l'opération d'Alquié — 1 après son procédé.

Uthmöller : 5 cas — tous après vaginofixation.

Ivens : 3 cas après Doléris; les femmes étaient respectivement mariées depuis 5 ans, 3 ans et demi, et 3 ans.

Gemmel et Robinson font une ventrofixation spécialement chez 8 femmes pour stérilité; 3, mariées depuis 2, 3 et 4 ans, devinrent enceintes.

S. della Chiaje : 6 cas après Doléris.

Paucot : 2 cas, et Karl Otto 1 cas après Baldy-Dartigues.

Laemmle : 2 cas après Alquié-Alexander.

Enfin, nous empruntons au travail du Professeur Muret (de Lausanne) : « Hystéropexie abdominale directe et puerpéralité » et à celui, déjà cité, de MM. Eparvier et Michon, des observations typiques que nous allons relater très brièvement.

Muret :

Obs. 5.— Mme H...— Stérilité après 2 ans de mariage. Rétroflexion utérine fixée. Hystéropexie typique en 1903. 4 mois après, grossesse.

Obs. 22. — Mme H... — Stérilité. Rétroflexion de l'utérus infantile. Ventrofixation basse et ignipuncture de l'ovaire droit en 1907. Grossesse dans l'année.

Obs. 25. — Mme C..., Stérile depuis quelques années de mariage. Ventrofixation le 5 octobre 1909. Dernières règles le 23 octobre 1909.

Ob. 26. — Mme V... Mariée depuis 2 ans, stérile. Rétroflexion utérine mobile, métrite. Ventrofixation fin 1910. Grossesse en 1912.

Obs. 38. — Mme J... Stérile depuis 3 ans de mariage. Utérus

rétrofléchi, mobile, fibromateux. En 1912, amputation du col, curetage, ventrofixation, énucléation de 3 fibromes sous-séreux, 5 mois après, grossesse.

Eparvier et Michon.

Obs. 8. — Mme J... 25 ans, 3 ans de mariage, stérile. Rétroversion-flexion virginale avec métrorragies. Doléris-Pellanda. Grossesse 3 mois après.

Obs. 10. — Mme R... 30 ans. Mariée depuis 6 ans, stérile. Dilatation du col sans succès. Obésité, insuffisance thyro-ovarienne. Rétroversion. Doléris-Pellanda. 2 grossesses, la première 6 mois après.

Obs. 13. — Mme C..., 24 ans. Stérile depuis 3 ans de mariage. Rétroversion-flexion juvénile. Doléris-Pellanda. Deux grossesses, la première immédiate.

Obs. 15. — Mme D... 31 ans. Mariée depuis 6 ans, stérile. Tuberculose péritonéale dans l'enfance. Rétroversion adhérente. Ablation annexe droite. Doléris-Pellanda. Grossesse 4 mois après.

Obs. 18. — Mme T... 35 ans. Une grossesse à 25 ans. 10 ans de stérilité. Rétroversion mobile très marquée. Doléris-Pellanda. Fécondation au premier coït, 20 jours après l'opération.

Obs. 19. — Mme B... 30 ans. Une grossesse à 20 ans. 10 ans de stérilité. Rétroversion-flexion très accentuée. Doléris-Pellanda. Grossesse un mois après.

Obs. 21. — Mme M... 28 ans, 4 ans de mariage, stérile. Rétroversion-flexion virginale. Doléris-Pellanda. Grossesse 6 mois après.

Obs. 22. — Mme G... 28 ans. Stérile depuis 6 ans de mariage. Rétroversion. Ablation trompe droite. Doléris-Pellanda. Grossesse dans l'année.

Obs. 23. — Mme G... 31 ans. Mariée depuis 8 ans, stérile. Rétroflexion adhérente. Ablation annexe droite. Doléris-Pellanda. Grossesse dans l'année.

Obs. 25. — Mme G..., 30 ans. Stérile depuis 10 ans de mariage. Rétroversion-flexion très accentuée. Doléris-Pellanda. Grossesse 6 mois après.

Obs. 30. — Mme C... Mariée depuis 6 ans, stérile. Rétroversion réductible soignée par des pessaires. Alquié-Alexander. Grossesse 6 semaines après.

Obs. 32. — Mme U... 5 ans de mariage, stérile. Rétroversion mobile et métrite du col. Alquié-Alexander et amputation du col. Grossesse 6 mois après.

Personnellement nous avons trois cas analogues, rapportés dans les observations que nous devons à l'obligeance de M. le Professeur Guyot.

Il suffit de jeter un coup d'œil rapide sur ces observations pour se rendre compte que les principales méthodes opératoires y sont représentées; toutes comportent des succès. Aussi, en présence d'une stérilité manifeste, puisque certaines femmes mariées depuis 8 et 10 ans n'avaient j mais pu avoir d'enfant, stérilité dont eut raison soit une hystéropexie, soit une ligamentopexie; nous croyons pouvoir répéter avec Graff et Petzold que « les opérations destinées à corriger la rétroposition de l'utérus occupent une des premières places parmi celles destinées à lutter contre la stérilité ».

IV. — LA VAGINOFIXATION ET SES RESULTATS ELOIGNES

C'est Amussat qui, le premier, en 1856, eut l'idée de corriger la rétrodéviation de l'utérus par une opération sur le vagin. Il essayait de pratiquer l'oblitération du cul-de-sac postérieur par cautérisation au thermocautère afin d'obtenir des adhérences qui, en se rétractant, entraîneraient le col en arrière. Richelot père, en 1868, pratique un procédé analogue tombé dans l'oubli.

Herrick, en 1883, suture directement le cervix à la paroi vaginale postérieure; en 1885, Hunter agit d'une façon identique, mais il avive les deux surfaces avant de les suturer. En France, Baudoin et Doléris, en Italie, Bossi, emploient des procédés analogues.

Mais c'est Rabeneau qui, en 1886, pratique la première tentative de fixation du corps de l'utérus au vagin. Il incise longitudinalement la paroi vaginale antérieure et transforme cette ligne longitudinale en une autre transversale par une suture prenant le col.

Beaucoup de gynécologues imitèrent sa conduite, leur technique diffère surtout suivant qu'ils ouvrent ou non le cul-de-sac péritonéal vésico-utérin. Successivement Schücking, Zweifel, Mackenrodt, Dührssen publient leur procédé.

De toutes ces méthodes qui sont à peu près abandonnées à l'heure actuelle, deux seulement, la « vaginaefixation » de Mackenrodt et le procédé de Dührssen connurent le succès, particulièrement en Allemagne.

Méthode de Mackenrodt. — Incision longitudinale allant du bourrelet urétral au col; ouverture transversale du cul-de-sac antérieur; décollement de la vessie jusqu'au péritoine qui est respecté. Le fond utérin, attiré dans la plaie, est suturé au cul-de-sac péritonéal. L'opération se termine par des sutures profondes unissant les bords de l'incision vaginale et la paroi de l'utérus.

Méthode de Dührssen. — Incision du cul-de-sac vaginal antérieur et du repli vésico-utérin; on a tiré l'utérus en avant et on le suture aux bords avivés de la plaie vaginale.

Dans sa seconde manière, Dührssen suture le péritoine devant l'utérus. De cette façon, il substitue à l'adhérence fibro-séreuse de son premier procédé, une adhérence séro-séreuse de l'utérus avec la paroi vaginale antérieure. Cette deuxième méthode, si elle est moins solide que la précédente, donne du moins des résultats obstétricaux infiniment supérieurs.

Que valent ces diverses méthodes? Quels sont leurs résultats? D'ores et déjà nous pouvons répondre qu'ils sont franchement mauvais, et au point de vue du traitement de la rétrodéviation, et au point de vue obstétrical.

ils sont mauvais au point de vue chirurgical proprement dit, car les récidives, très fréquentes, sont presque inévitables en cas de grossesse. Winter sur 14 cas a constaté 14 récidive presque immédiates; Buschbeck : 12 opérées, 5 succès; Olshausen : 11 récidives sur 51 opérations; Knorre : 13 opérées, 9 récidives; Bauer : 4 succès sur 21 opérations; Wertheim : 7 récidives sur 7 opérations par le procédé de Mackenrodt et 3 récidives sur 9 opérations de Dührssen.

Küstner rapporte au Congrès de Genève en 1896 une statistique personnelle de 81 cas de fixation vaginale; sur 20 mal des revues au bout d'un an, il constata 7 récidives.

Dührssen, lui-même, publie en 1894 une statistique portant sur 197 cas et il compte 42 récidives sur 111 cas opérés.

rés depuis 9 mois il note 32 récides dont 24 consécutives à la grossesse. Enfin, Weibel a opéré 300 femmes de 1898 à 1910; 162 ont été revues et la moyenne des récides s'élève à 22 %.

Ces chiffres, suffisamment éloquents par eux-mêmes, prouvent que la vaginofixation de Dührssen et de Mackenrodt est la plupart du temps insuffisante à maintenir la rétro-déviatiou. Aussi Fraisse, cité par Pichevin dans un rapport à l'Académie en 1895, lui répondit : « ... et pour le procédé de Dührssen, on peut dire aux praticiens : hâtez-vous d'y recourir tant qu'il guérit encore, avant que la vogue ait fait place à l'oubli, avant qu'il aille rejoindre dans la nuit des bibliothèques les innombrables tentatives qui brillèrent un instant au ciel de la gynécologie, puis disparurent ».

Ces résultats, pourtant peu encourageants, sont peu de chose si on les compare aux suites obstétricales de l'hystéropexie vaginale. C'est qu'en effet, on a reproché à cette méthode :

1° de créer l'avortement.

2° de créer la dystocie dans l'accouchement.

Ces accusations sont-elles justifiées? Quelques statistiques vont nous fixer.

Au Congrès de Gynécologie de Genève, Küstner, sur 41 grossesses après vaginofixation, note 17 avortements soit 43, 90 % des cas. Dührssen, sur 24 grossesses, constate 6 avortements (25 %); Weberstedt donne une proportion identique; Strassmann rapporte une moyenne de 27 % d'avortements et Demelin une moyenne de 22 % après les fixations utérines par le vagin. Enfin Baumann trouve dans la littérature 117 cas de vaginofixation suivis de conception avec 29 avortements (24, 7 %).

Ces chiffres peuvent au premier abord paraître un peu excessifs; mais n'oublions pas que Doléris note bon an mal an, dans son service de Boucicaut, de 30 à 33 % d'avortements, par rapport au nombre total des accouchements à terme, et il ne s'agit pas d'hystéropexies.

D'autre part, Kanter, dans sa thèse en 1908, rapporte une statistique importante de 674 accouchements après vaginofixation et il compte seulement 55 avortements, c'est-à-dire une proportion de 8,16 %.

Il est donc difficile de maintenir la première accusation; par contre, la seconde n'est que trop fondée et là encore, les chiffres vont le prouver.

Küstner sur 23 grossesses après vaginofixation note 6 interventions opératoires avec mort de 2 enfants; Rieck sur 20 accouchements, 6 dystocies (1 perforation, 3 versions, 1 forceps après incision du col, 1 césarienne et 4 enfants morts).

Velde, en 1895, signale 1 cas de rupture utérine chez une femme de 38 ans arrivée au terme de sa grossesse.

Sur 10 cas de Brons (Clinique de Berlin, Olshausen) un seul se termina par la naissance spontanée d'un enfant mort; pour les autres, tous très laborieux, il fallut recourir 6 fois à la version, 1 fois à la perforation, 2 fois à l'opération césarienne.

Demelin, en 1896, sur 76 grossesses observées après vaginofixation, a noté 6 présentations de l'épaule pour lesquelles on a dû recourir à la version podalique, 4 procidences du cordon, et 3 fois l'accouchement, impossible par les voies naturelles, nécessita la section césarienne.

Fehling, sur 8 cas de vaginofixation suivis d'accouchement, observa 4 positions transversales et 4 positions obliques qui nécessitèrent 6 fois la version et 1 fois la perforation.

Strassmann rapporte 2 cas où il fallut recourir à la version par manœuvres internes et l'accouchement s'accompagna d'hémorragie très grave.

Orthmann note 4 dystocies sur 25 accouchements.

De Graefe, Knoop, Sitzenfrey, Ruckert et Lœwenthal rapportent chacun un cas d'opération césarienne rendue nécessaire par une vaginofixation antérieure; et, de 1895 à 1903, Ovi a pu en recueillir 11 cas.

Uthmöller publie 3 observations de grossesse après hystéropexie vaginale ayant nécessité la première une version, la deuxième une embryotomie et la dernière une opération césarienne.

Fournier (d'Amiens), au XIV^e Congrès de la Société d'Obstétrique de France, rapporte un cas de vaginofixation qui a rendu l'accouchement prématuré à 7 mois extrêmement difficile. L'utérus était dans une antéversion telle qu'il a dû introduire la main et presque tout l'avant-bras pour atteindre le col qu'il a dilaté et faire une version très pénible.

Kühl, sur 12 grossesses, note 3 versions très difficiles avec 2 basiotripsies.

Baumann, sur les 117 cas rapportés dans sa thèse, n'a trouvé que 66 accouchements normaux, soit seulement 56, 4 % des cas. Il compte 6 forceps au détroit inférieur et 16 interventions graves qui se répartissent ainsi : 8 versions, 1 forceps au détroit supérieur, 2 perforations, 4 césariennes abdominales et 1 césarienne vaginale; à plusieurs reprises on fut obligé de pratiquer des incisions du col.

Enfin, Kanter rapporte des statistiques très étendues qui donnent une idée de la fréquence des complications obstétricales à la suite de l'emploi des méthodes d'hystéropexie.

Sur 5.720 vaginofixations, il y a eu 674 accouchements consécutifs parmi lesquels 592 accouchements normaux, 68 dystocies sans césarienne et 14 opérations césariennes.

Par contre, Dührssen ne mentionne que 2 interventions après 72 accouchements qui suivirent sa vaginofixation séro-séreuse : 1 perforation pour rigidité des bords de l'orifice utérin et 1 forceps au détroit inférieur.

De même, Hövelmann sur 67 accouchements après la vaginofixation n'a observé aucune complication grave. Il eut 61 présentations céphaliques avec 2 forceps; et 6 positions transverses.

Ce sont les deux seules statistiques qui fournissent des résultats aussi remarquables. Toutes les autres condamnent

irréremédiablement la vaginofixation et c'est ce qui explique le discrédit dans lequel sont tombées ces opérations.

En France, Le Dentu reste avec Richelot partisan de l'hystéropexie vaginale, mais à une condition, c'est « qu'elle ne soit pas trop bien faite ». Cette opinion est bien en rapport avec les faits constatés.

Tous ces procédés, en effet, méritent plus ou moins la même objection : ou bien la fixation est lâche, séro-séreuse, à la manière de Dührssen et dans ce cas les résultats obstétricaux peuvent paraître acceptables, mais la récidive, facile dans les conditions normales, est presque fatale en cas de grossesse; ou bien la fixation est solide, elle est parfaite au point de vue de la correction de la déviation, mais les accidents sont inévitables si la femme devient enceinte. La proportion de 43, 6 % d'anomalies obstétricales donnée par Baumann en fait foi.

La vaginofixation a donné lieu à des dystocies de la plus haute gravité, observées surtout en Allemagne, où cette opération était particulièrement en honneur. Les troubles qu'elle déterminait dans le mécanisme de l'accouchement étaient si typiques qu'on a pu parler de « l'accouchement dans les vaginofixations ». Rossier les analyse ainsi :

L'utérus absolument immobilisé par sa face antérieure ne peut se développer qu'aux dépens de sa paroi postérieure; comme il ne peut croître en longueur, la position transverse du fœtus en est favorisée. Le fond étant retenu très bas, c'est la portion vaginale du col qui s'élève, et, au moment de l'accouchement, elle est située très haut et en arrière, parfois même au-dessus du promontoire. Aussi on voit fréquemment, rapporté dans les observations des auteurs, le fait suivant : la sage-femme faisant appeler le médecin parce que sa science est mise en défaut, et qu'elle n'arrive pas à trouver le col. Pour atteindre celui-ci dans sa situation anormalement élevée, les deux doigts habituels ne suffisent plus, et il faut introduire dans le vagin, non seulement la main

entière, mais encore une partie de l'avant-bras. En outre, les contractions utérines refoulent le fœtus non dans l'axe du vagin et du bassin, mais dans la direction du sacrum; aussi l'engagement ne se fait pas. Enfin, l'orifice utérin ne se dilate que très lentement ou pas du tout. Pour toutes ces raisons, l'intervention est nécessaire et nous avons vu que, trop fréquemment, cette intervention est une opération césarienne, car la version est souvent impossible.

Voici résumée une observation de Lœwenthal¹ suffisamment suggestive.

« IV^e pare. Travail très long, l'enfant se présentait en première position transverse. Après 24 heures de travail l'examen sous narcose fait avec toute la main introduite dans le vagin, montra que la portion vaginale du col était à la hauteur du promontoire; l'orifice externe était perméable pour un doigt; l'orifice interne ne put être atteint. Le canal cervical était perméable sur une longueur de huit centimètres. Après trois jours de travail infructueux, il fallut pratiquer l'opération césarienne qui eut un résultat favorable. »

Cette autre observation de Strassmann² montre l'impossibilité manifeste de la version dans un cas où le fœtus était mort :

« Même sous le chloroforme, en introduisant toute la main, on n'arrive qu'avec la pointe du doigt dans la cavité utérine et sur une épaule. On cherche à attirer le col en bas, mais la déchirure menace, la version n'est pas possible, la perforation pas davantage, la tête n'étant pas au niveau du col, elle est coiffée par la paroi vaginale antérieure et par le segment inférieur. L'accouchement par les voies naturelles est impossible : opération de Porro. Mort de la femme 1 h. 1/2 plus tard. A l'autopsie, on trouve

1. Rapportée par Rossier.

2. Rapportée par Demelin dans l'*Obstétrique* de sept. 1896, page 420.

une déchirure du vagin et l'adhérence à la paroi vaginale antérieure de ce qui reste du segment inférieur en avant. »

Pour nous résumer : la vaginofixation, cause de dystocie très grave, est une opération qui doit être absolument bannie chez toute femme susceptible de devenir mère ; car ,pour éviter les accidents obstétricaux, il est nécessaire que la fixation ne soit pas étroitement faite. Or, une telle intervention est parfaitement inutile, puisque dans ce cas, la déviation se reproduit fatalement si une grossesse survient. Dührssen en effet, sur les 32 récidives citées plus haut, n'en compte pas moins de 24 consécutives à la grossesse.

V. — LA VENTROFIXATION ET SES SUITES OBSTETRIQUES

Nous avons vu que Kœberlé pratiqua pour la première fois en 1869 l'hystéropexie abdominale directe. Mais cette méthode ne devint opération courante qu'après les travaux de Von Olshausen en 1886.

En France, il faut arriver au 13 mars 1888 pour voir Terrier réaliser le nouveau procédé. Il en fit la description le 21 novembre de la même année dans une communication à la Société de Chirurgie. Deux thèses importantes qu'il inspira furent écrites sur ce sujet, celle de Dumoret en 1889 et celle de Baudoin l'année suivante. En même temps, l'hystéropexie prenait droit de cité chez nous. Terrier, Picqué, Pozzi, Quénu, Segond, Richelot, etc., la pratiquaient couramment à Paris; Poncet et Laroyenne à Lyon; Faucon à Lille, enfin à Bordeaux, Demons en citait 8 cas dans la thèse de son élève M. le Professeur Bégouin.

Nous n'avons pas l'intention de passer en revue les multiples procédés de ventrofixation; qu'il nous suffise de dire que, d'après Blondel, on peut les ramener à deux types :

1° *Le procédé d'Olshausen-Saenger* dans lequel l'utérus est fixé par deux points situés latéralement en avant et un peu au-dessous des cornes.

2° *Le procédé de Czerny-Terrier* qui est resté le type de cette fixation. « Les fils », dit Camille Ferry, dans sa thèse de 1906, « doivent être placés sur la partie inférieure de la

face antérieure, au-dessous d'une ligne unissant l'origine des ligaments ronds, et nous ajouterons, le plus bas possible. »

Tous les procédés ont de nombreuses variantes; quelques opérateurs exagèrent la fixation en suturant le fonds de l'utérus et même une partie de sa face postérieure (Kelly, Pryor). D'autres ont tenté de fixer l'utérus sans ouvrir la paroi abdominale (procédés de Caneva, Kaltenbach). Kelly ne fait pas d'incision à la peau et charge sur son aiguille toute l'épaisseur de la paroi et de la face antérieure de l'utérus. Il est inutile de dire combien ces procédés aveugles sont dangereux; Witte eut un décès parce que l'intestin avait été pris dans la suture; Schucking, sur 15 opérées, vit 3 fois la vessie prise dans la ligature.

Les résultats immédiats sont généralement bons et la récidue rapide et rare. Par contre, il n'en est pas toujours ainsi dans l'avenir; les adhérences péritonéales extensibles se transforment généralement en un cordon fibreux qui peut s'allonger et permettre à nouveau le déplacement de l'utérus. Besse sur 49 cas contrôlés rapporte 8 récidives et Burrage compte 14 insuccès sur 62 opérées, soit 23 %.

Mais pour apprécier la valeur de toute opération dont le but est de redresser l'utérus, il faut attendre l'épreuve de l'accouchement, et c'est ici qu'apparaît l'influence de la parturition sur l'hystéropexie. Demelin relève 49 cas où l'exploration a été pratiquée un certain temps après l'accouchement : 27 fois seulement l'utérus était encore adhérent à la paroi abdominale, Burrage, déjà cité, sur 8 grossesses, vit 4 récidives après l'accouchement.

Oui, en 1904, dans son rapport au Congrès de Rouen, signale de nombreuses récidives, entre autres les cas de Grandin et de Kels qui notent respectivement 2 récidives sur 2 accouchements et 3 récidives sur 8 grossesses. Aussi Doléris a-t-il écrit : « A mon avis, le point faible de l'hystéropexie abdominale, même bien faite, c'est l'incertitude et la précarité des résultats ».

Mais c'est le résultat obstétrical qui offre surtout pour nous un grand intérêt, car la ventrofixation a été accusée, et à juste titre, de nombreux méfaits au point de vue des grossesses et des accouchements consécutifs à cette intervention.

Küstner, dès 1889, au Congrès de Gynécologie de Fribourg en Brisgau, lançait cette accusation contre l'hystéropexie : « l'hystéropexie pendant la période génitale doit être formellement repoussée, car à la suite de cette opération, l'avortement est inévitable »; et Houttelette, dans sa thèse, se basant sur une série de statistiques comprenant 615 accouchements, n'hésite pas à poser en principe que : « l'hystéropexie abdominale, quelle qu'elle soit, provoque l'avortement et l'accouchement prématuré ».

Que valent ces accusations? Houttelette sur les 615 accouchements qu'il rapporte compte 78 avortements et 11 accouchements prématurés soit 14, 5 %, et Goüin, également dans sa thèse, note, sur 863 accouchements, 107 avortements et 29 accouchements prématurés soit une proportion de 15, 8 %. Parmi les statistiques qu'ils ont recueillies, certaines sont particulièrement chargées. C'est ainsi que M. le Professeur Rivière sur 17 grossesses compte 2 avortements et 2 accouchements prématurés, et son élève Lamort, sur 27 grossesses, 5 avortements et 3 accouchements prématurés. Villeneuve sur 134 cas note l'interruption de la grossesse 30 fois.

A première vue ces statistiques sont tout à fait défavorables à la ventrofixation, et l'on est tenté d'admettre d'abord que l'opinion de Küstner, pour exagérée qu'elle est, n'en est pas moins vraie en principe. Du reste, dans certains cas, le rôle de l'hystéropexie, en ce qui concerne l'interruption de la grossesse, est tellement évident qu'on ne saurait le nier.

M. le Professeur Duvergey a publié les observations de deux femmes qui avaient eu l'une 3 et l'autre 2 accouchements normaux avant l'hystéropexie et qui, après l'inter-

vention, firent coup sur coup la première 2 avortements et la seconde 3.

L'observation de Gottschalk est aussi très suggestive à cet égard. Il s'agit d'une femme qui, après avoir mené à terme 3 grossesses, fut hystéropexiée et fit ensuite 2 avortements; Gottschalk dilacère alors manuellement sous chloroforme, pendant une troisième grossesse, les adhérences entre l'utérus et la paroi abdominale et cette femme accouche à terme normalement.

En réalité, les résultats donnés n'ont qu'une valeur très approximative. Certes la proportion des avortements et des accouchements avant terme est assez forte, mais le procédé opératoire entre pour une large part dans les causes de l'avortement, or, les observations ne le mentionnent pas. Elles passent également sous silence des causes plus banales telles que la syphilis, l'albuminurie, les cardiopathies... qui peuvent interrompre la grossesse au même titre que l'hystéropexie. Nous pensons donc qu'on a souvent incriminé la ventrofixation un peu trop à la légère, et Doléris, qui n'a pourtant jamais été un défenseur de la méthode, a écrit : « le reproche qu'on lui adresse (à l'hystéropexie), de favoriser l'avortement, ne me paraît pas fondé ». Il se base sur la proportion de 30 à 33 % d'avortements, étrangers à toute fixation utérine, qu'il constate dans son service de Boucicaut.

Gemmel et Robinson vont même jusqu'à affirmer que la ventrofixation réduit la fréquence des avortements. Leur expérience porte sur 470 opérations de ce genre; 220 femmes ont été revues, parmi elles, 5 avaient subi une hystéropexie abdominale pour avortements multiples; voici les résultats :

<i>Avant l'opération :</i>			<i>Après l'opération :</i>		
	Enfants	Avortements		Avortement	Enfants
<i>Obs.</i> 58...	3	3	Ventrofixation	0	0
— 69...	0	4	—	0	0
— 70...	2	4	—	0	1
— 71...	0	3	—	0	3
— 153..	0	6	—	0	1

Par contre, il est un fait qui n'est plus beaucoup contesté à l'heure actuelle, c'est que l'hystéropexie abdominale directe est à l'origine de nombreuses et graves dystocies et qu'elle favorise les présentations vicieuses.

Depuis 1889 où Léopold rapportait le premier cas d'accouchement dystocique chez une femme hystéropexiée deux ans auparavant, les observations se sont multipliées. Houttelette dans sa thèse en a réuni 37 cas, et Figuiera, 52.

Milaender, sur 54 grossesses à terme, observe 4 forceps, 2 versions podaliques, 1 présentation transversale, 1 siège, 2 opérations césariennes.

Küstner, rapporteur au Congrès de Genève en 1896, communique une statistique de ventrofixation de 70 opérateurs. Le nombre total des cas s'élève à 934 sur lesquels on compte 7 morts et 25 récidives. 80 accouchements à terme ont été observés et ont fourni 8 dystocies : 3 positions transversales, 1 rétention du placenta, 2 césariennes.

Noble dut pratiquer une césarienne terminée par une opération de Porro chez une femme hystéropexiée, l'accouchement ne pouvant s'effectuer. La femme mourut. A la suite de cet accident, il ouvrit une enquête et résuma ses conclusions dans les chiffres suivants :

Sur 1.006 cas d'hystéropexie abdominale pratiqués en Amérique, dans lesquels 198 fois on fit la castration double, il reste 808 femmes pouvant accoucher. On a observé 56 grossesses, parmi lesquelles : 34 accouchements normaux, 6 avortements, 3 forceps, 2 rétentions placentaires, 1 Porro

suivi de mort, 1 septicémie suivie de mort, 1 accident cardiaque mortel consécutif à une prolongation du travail, 8 femmes enceintes n'ont pas été revues.

Le même auteur fit connaître plus tard une nouvelle statistique de 165 grossesses avec 60 accouchements dystociques et 3 césariennes.

Kanter rapporte les statistiques les plus étendues publiées jusqu'à ce jour. 6.572 ventrofixations ont été suivies de 663 grossesses avec seulement 432 accouchements normaux, soit une proportion de 65, 1 % et 231 accouchements pathologiques dont 35 opérations césariennes.

C'est en 1899 que le professeur Pinard accuse, à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie, l'hystéropexie de devenir souvent la cause de présentations vicieuses. Il apporte une statistique courte mais concluante de 6 grossesses après ventrofixation avec 2 sommets, 1 siège et 3 épaules.

Legueu, le 22 janvier 1910 à la même Société, cite 3 grossesses ayant évolué jusqu'à terme chez ses opérées : une seule femme eut un accouchement normal; chez la deuxième, travail très prolongé et inertie qui nécessita une application de forceps, chez la troisième, l'enfant se présenta par l'épaule.

Villeneuve, sur 104 grossesses 13 présentations du tronc et 3 sièges. Demelin, sur 95 accouchements, note 90 sommets, 3 épaules et 2 sièges.

Enfin Queirel, sur 5 cas d'hystéropexies suivies de grossesses, cite 3 dystocies. Ses observations particulièrement intéressantes méritent d'être résumées.

Obs. 1 (Queirel). — Femme III^e pare. Enfants vivants.

Hystéropexie après la troisième grossesse.

Quatrième grossesse un an après; présentation du siège; enfant mort pendant le travail.

Cinquième grossesse : avortement au troisième mois.

Sixième grossesse : travail très long; col très haut, dévié vers

la symphyse sacro-iliaque gauche et situé au-dessus du détroit supérieur. L'utérus fixé à la paroi abdominale antérieure est tordu sur lui-même. Dilatation lente en forme de croissant. Tentative de version infructueuse. Finalement expulsion spontanée d'un fœtus en présentation du sommet.

Obs. 2 (Queirel). — Femme V^e pare. Cinq sommets normaux.

Hystéropexie après la cinquième grossesse. Puis un avortement au troisième mois et un accouchement à terme, dit-elle (?).

Huitième grossesse : épaule droite. Version par manœuvres externes : correction en sommet.

Obs. 3 (Queirel). — Femme III^e pare.

Hystéropexie à Pise. Dix mois après, accouchement : siège complet.

Grossesse actuelle: gémellaire. Deux épaules, deux versions par manœuvres internes; deux fœtus vivants; col particulièrement haut.

Très fréquemment, il arrive que la dystocie est telle, que l'accouchement par les voies naturelles est rendu impossible, et on doit recourir à l'opération césarienne. Nous en avons trouvé de nombreux cas dans la littérature, plusieurs ont déjà été cités.

Segert note 45 dystocies dans lesquelles l'opération césarienne fut pratiquée 20 fois.

Sur 42 cas Williams compte 20 césariennes. Dans 3 autres cas il y eut rupture de l'utérus.

Le Dr. E. B. Cragin a eu l'occasion d'observer 10 femmes dont l'utérus avait été précédemment fixé par divers chirurgiens et qui ont dû subir la césarienne.

Plus près de nous, Houttelette a rapporté 8 cas analogues et Henrotay 1 cas.

Delahousse et Oui, à la Société Obstétricale de France, le 5 octobre 1911, communiquent l'observation d'une jeune femme devenue enceinte à la suite d'une hystéropexie ab-

dominale. Au moment du travail, le col était absolument inaccessible étant situé fort au-dessus du promontoire. Le fœtus situé très haut, au-dessus de l'ombilic, se présentait par l'épaule. La césarienne, suivie d'hystérectomie subtotale, fut nécessaire. L'incision de l'utérus, bien que faite dans l'axe de l'incision abdominale, avait intéressé la face postérieure par suite d'une torsion de l'organe due à la fixation qui avait porté sur le fond et près d'une corne.

A la même réunion, Fruhinsholtz (Nancy) cite également un cas de césarienne après ventrofixation.

Spanin, dans sa thèse, étudie les complications obstétricales après l'hystéropexie. Sur 24 cas l'opération césarienne fut nécessaire 15 fois.

Hofmeier a publié en 1917 un cas de césarienne suivi de mort après une ventrofixation.

Brouha (de Liège), à la Société Belge de Gynécologie et d'Obstétrique en juillet 1920, rapporte une observation en tous points analogue à celle de Delahousse et Oui. Col très élevé; présentation de l'épaule; césarienne suivie d'hystérectomie.

Les observations de Dickinson et de Allmann nous ont paru intéressantes à résumer car elles mettent bien en relief l'influence néfaste de la ventrofixation sur l'accouchement.

Obs. 1 (Dickinson). — Multipare. A subi une hystéropexie. Devenue enceinte, la version podalique est nécessaire. Péritonite mortelle. A l'autopsie, on trouve une déchirure latérale importante; la face antérieure de l'utérus presque entièrement soudée à la paroi abdominale avait 5 centimètres d'épaisseur.

Obs. 2 (Dickinson). — 1^{re} pare. Ventrofixation il y a quatre ans. Palper rendu très facile par l'extrême minceur des tissus. L'utérus semblait avoir subi une rotation de droite à gauche, de sorte que les annexes droites étaient perçues sous la paroi abdominale. A gauche, le palper révélait une vive sensibilité qui limitait l'exploration.

Le terme étant dépassé et le travail très lent, narcose pour examen complet. L'ovaire gauche siégeait tout près de l'arcade de Fallope du même côté. Une masse dure, cicatricielle, occupait la ligne médiane correspondant à la portion antérieure du segment inférieur. La paroi utérine mesurait à ce niveau 4 centimètres d'épaisseur. Le col remonté en haut et en arrière regardait la première vertèbre sacrée. La main une fois dans le vagin, l'index pouvait pénétrer dans le col où il rencontrait un canal cervical d'une longueur telle qu'il n'arrivait pas dans la cavité utérine. La portion utérine fixée par la ventrofixation n'avait donc subi aucune amplification et l'accroissement de l'utérus s'était produit tout entier aux dépens de la face postérieure.

L'accouchement naturel paraissant impossible, l'opération césarienne fut pratiquée. Elle permit d'extraire deux jumeaux vivants, mais 12 heures après la patiente succombait de shock.

Obs. 3 (Allmann). — Mme D..., 30 ans. V^e pare. A eu deux grossesses normales en juin 1901 et octobre 1924; enfants vivants. En 1905 ventrofixation par la méthode Czerny-Léopold.

Juillet 1907, accouchement; enfant mort quatre mois après. Quatrième accouchement juillet 1909; la sage-femme ne peut atteindre l'orifice du col et fait venir un médecin qui pratique une version très pénible. Enfant vivant, il meurt 5 mois après.

Pour la grossesse actuelle, début du travail à 22 heures. Douleurs très violentes. Le lendemain à 14 heures, douleur particulièrement forte après laquelle un flot de sang et d'eau apparaît. La parturiente est transportée d'urgence dans une clinique.

Femme forte, exsangue. Pouls petit à 120. Soif, intense. Les parties fœtales sont mal senties à travers l'utérus très dur. Auscultation négative. Du vagin coule à chaque contraction du sang épais et noir.

L'orifice du col est très haut, au-dessus du promontoire, on ne peut l'atteindre qu'en introduisant la main et une partie de l'avant-bras dans le vagin. Bourrelet de l'épaisseur d'un doigt sur la lèvre antérieure. Présentation de l'épaule gauche, tête à droite, dos en avant. Chloroforme. Version difficile. Extraction

d'un enfant mort. Le placenta est expulsé aussitôt. Deux heures après, la femme succombe.

Allmann conclut que si toutes les complications de l'hystéropexie abdominale directe étaient signalées, les statistiques seraient très graves. Il cite Smith qui sur 148 cas observe 25 % de dystocias et Bidone qui sur 6 grossesses compte 2 accouchements normaux, 2 césariennes, 1 hystérectomie et 1 délivrance artificielle pour adhérences placentaires.

On conçoit qu'avec de tels résultats la ventrofixation soit à peu près abandonnée à l'heure actuelle. Cependant, lorsqu'on analyse les observations, on s'aperçoit que ce sont surtout les fixations larges de la paroi antérieure de l'utérus et les fixations du fond qui sont la cause de dystocias graves.

Les troubles dans le mécanisme de l'accouchement sont analogues à ceux que l'on rencontre après la vaginofixation : amincissement de la paroi postérieure de l'utérus, développement de la cavité aux dépens de cette paroi et du fundus, élévation de la portion vaginale du col (au-dessus du promontoire dans certains cas), d'où direction anormale de l'axe utérin et fréquemment position vicieuse de l'enfant. Enfin, l'effacement du col se fait mal ou pas du tout.

Pour obvier à ces inconvénients, Muret et Beuttner, restés malgré tout fidèles à l'hystéropexie abdominale, pratiquent une méthode dont les principes peuvent se résumer ainsi :

Ventrofixation basse par rapport à l'utérus, c'est-à-dire sous la ligne d'insertion des ligaments ronds; et basse par rapport aux parois abdominales, c'est-à-dire immédiatement au-dessus de la symphyse. En outre, la fixation doit être étroite et aussi superficielle que possible.

Quels sont leurs résultats ? Muret en 1914 publiait 225

fixations selon sa méthode avec 38 cas de grossesses survenues ultérieurement chez 31 de ses opérées. Sur ces 38 grossesses, il observa 28 accouchements à terme, 3 accouchements prématurés et 7 avortements dont un provoqué pour tuberculose. Les 31 accouchements nécessitèrent 8 fois l'application du forceps. De plus, fait intéressant à noter, sur les 28 grossesses à terme, 15 avaient été suivies de près, et dans tous les cas, l'engagement de la tête fœtale dans le bassin se fit précocement entre la 28^e et la 39^e semaine, en général vers la 36^e semaine. Or, dans tous les cas, sauf un, il s'agissait de multipares.

Deux faits nous montrent que le fonctionnement du muscle utérin ne fut pas absolument normal; c'est d'une part, l'engagement hâtif de la tête fœtale chez des multipares, ce qu'on pourrait considérer comme un premier pas vers l'accouchement prématuré, et d'autre part, la fréquence très exagérée des forceps (25,8 % au lieu de 5 à 6 % moyenne habituelle).

En 1923, au Congrès de Genève, dans la discussion qui suivit les rapports de Henneberg et de Proust, le même auteur rapporte une statistique de 350 hystéropexies selon son procédé. Il a retrouvé 85 grossesses chez ses opérées dont 6 en cours. 59 fois l'accouchement s'est fait à terme, il y a eu 5 accouchements prématurés et 15 fausses couches parmi lesquelles 6 provoquées.

Sur les 64 accouchements il a noté 1 siège, 63 sommets, 53 accouchements spontanés et 11 forceps. Donc là encore, proportion élevée de forceps (17, 19 %).

D'Ernst, au même Congrès, expose et défend les résultats de la technique de Beuttner utilisée à la Maternité de Genève depuis 1917, technique analogue à celle de Muret. 502 ventrofixations ont été faites. Sur les 50 malades revues, il y a eu 3 récidives, 6 accouchements à terme se sont produits, parmi eux : 3 accouchements normaux seulement, 1 forceps, 1 atonie et 1 délivrance artificielle; autrement dit

50 % d'anomalies obstétricales. Ces chiffres se passent de commentaires.

L'hystéropexie isthmique, préconisée par Delbet et Caraven, n'a pas donné de meilleurs résultats car elle ne fixe que l'isthme et ne s'oppose pas à la reproduction de la rétroflexion. En outre, une observation de Bazy tendrait à prouver que par suite d'un glissement physiologique de la zone fixée, qu'il s'agisse d'ailleurs d'une fixation directe par fil résorbable ou par fil permanent, la fixation primitivement isthmique tend à devenir en fin de compte la fixation du fond, c'est-à-dire la fixation dangereuse.

Dans cette observation, il s'agit d'une jeune femme de 25 ans qui avait subi deux ans auparavant une hystéropexie isthmique selon la technique de Delbet et que Bazy dut réopérer pour salpingite bilatérale. Dès l'ouverture du ventre, il trouve un trousseau fibreux épais, très résistant, d'une largeur de 2 à 3 centimètres, sur une longueur à peu près égale, et celui-ci se détachait de la face antérieure du corps de la matrice, *tout près du fond*, au niveau de cette sorte de carrefour vers lequel convergent les deux trompes et les deux ligaments ronds. Ainsi l'isthmopexie était devenue une hystéropexie du fond ou peu s'en faut. Au niveau de l'isthme il ne restait aucune trace de la fixation primitive.

Bazy attribue ce résultat à ce que, au niveau de l'isthme, le péritoine possède une laxité et une mobilité particulières qui le rendent indépendant de la paroi utérine. De ce fait, « l'utérus obéissant aux lois de la pesanteur et insuffisamment soutenu par des adhérences qui portent sur une région du péritoine normalement indépendante de lui, se dégage de son enveloppe péritonéale comme la main d'un gant trop large et glisse vers le bas tandis que le péritoine reste fixé en haut par la suture. Celle-ci est ainsi progressivement amenée à se trouver en rapport avec le fond de l'utérus ». En outre, la distension vésicale, tout en agissant en sens inverse, tend vers le même but, à savoir : reporter

le point d'implantation de la zone d'adhérences de l'isthme sur la partie supérieure du corps utérin.

Nous rapportons une observation due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé Faugère, dans laquelle une ventrofixation avait été faite. Une grossesse survint ultérieurement et on dut pratiquer une dilatation bimanuelle sous chloroforme et terminer par un forceps pénible.

En somme : un grand nombre d'accouchements terminés par le forceps ; des rétentions placentaires et des hémorragies de la délivrance fréquentes indiquant l'inertie utérine consécutive à un travail prolongé ; la rupture utérine signalée plusieurs fois ; enfin une proportion anormalement élevée d'opérations césariennes ; tel est le triste bilan de l'hystéropexie abdominale directe.

Il justifie amplement le reproche sévère de Doléris : « ces procédés (vaginofixation et ventrofixation) sont antiphysiologiques, dépourvus de sens chirurgical autant que d'art ». Et Jacobs, à la Société Belge de Gynécologie et d'Obstétrique en juillet 1920, juge l'hystéropexie en ces termes : « opération qui doit disparaître absolument et définitivement du bagage opératoire de tout gynécologue sérieux ».

VI. — LES LIGAMENTOPEXIES LEUR INFLUENCE SUR LA GROSSESSE ET L'ACCOUCHEMENT

Historiquement, nous avons vu que l'idée de raccourcir les ligaments ronds pour traiter la rétroversion de l'utérus revient à Alquié de Montpellier. Deneffe, en 1864, tenta vainement l'opération qui fut réalisée pour la première fois par Alexander de Liverpool en 1881 et par Adams de Glasgow l'année suivante.

Cette méthode ayant le gros inconvénient de ne pouvoir s'appliquer qu'à un nombre de cas très restreint, les chirurgiens profitèrent de la laparotomie imposée par les lésions annexielles pour faire le raccourcissement intra-péritonéal des ligaments ronds.

Lawson-Tait, le premier, pratiqua le plissement des ligaments larges. En 1889, Gill Wylie raccourcit les ligaments ronds par plicature en leur milieu. Bode suture le milieu des ligaments à l'utérus lui-même. Polk réunit les deux ligaments en X par leur partie médiane après les avoir avivés en ce point. Dudley suture les ligaments par leur portion proximale la portion la plus voisine de l'utérus est en outre fixée à ce dernier. Enfin Ruggi fixait les deux extrémités du ligament rond l'une à l'autre.

Tous ces procédés ont un grave défaut, c'est de conserver l'insertion fatiguée et fragile des ligaments ronds à l'anneau inguinal. Leur principal mérite est d'avoir ouvert la voie intrapéritonéale.

Le but à remplir était de donner aux ligaments ronds

utilisés dans leur portion juxta-utérine, la plus résistante, une insertion nouvelle, solide, antérieure; c'est ce qui a été réalisé en 1889 par le procédé de Doléris.

Enfin Baldy de Philadelphie décrivait en 1902 un nouveau procédé très séduisant, dont Dartigues s'est fait le défenseur.

A l'heure actuelle, les ligamentopexies les plus rationnelles et les plus physiologiques sont celles qui redressent l'utérus par l'intermédiaire des ligaments ronds; et parmi elles, nous pensons avec Dartigues et Rouhier que seuls sont valables trois procédés :

1^o Le raccourcissement extra-péritonéal des ligaments ronds par l'opération d'Alquié-Alexander.

2^o. Le raccourcissement intra-péritonéal des ligaments ronds avec inclusion et fixation des ligaments dans la paroi abdominale par la logique et efficace opération de Doléris.

3^o La ligamentopexie rétro-utérine et transligamentaire de Baldy-Dartigues.

Ce sont les seuls que nous allons étudier.

Opération d'Alquié-Alexander

Le procédé d'Alquié-Alexander, opération essentiellement bénigne, a tenté beaucoup de chirurgiens à une époque encore peu éloignée de la nôtre, où l'ouverture du ventre était si souvent suivie de désastres. A l'heure actuelle, il jouit encore d'une certaine vogue.

En voici la technique telle qu'elle est décrite par Fournier des Corats dans sa thèse.

Premier temps. — Incision cutanée oblique en haut et en dehors partant de un centimètre au-dessus de l'épine du pubis et suivant le canal inguinal.

Deuxième temps. — Découverte des ligaments ronds des deux côtés au niveau de l'orifice inguinal externe.

Troisième temps. — Redressement de l'utérus au moyen d'un hystéromètre et dissection des ligaments ronds jusqu'au voisinage de l'orifice inguinal interne. Tirer sur les ligaments jusqu'à ce qu'on perçoive une résistance et que les secousses imprimées aux ligaments ronds soient transmises à l'hystéromètre. On est alors assuré de la fixation de l'organe.

Quatrième temps. — Suturer les ligaments raccourcis aux piliers interne et externe. Suture de la plaie. Pansement légèrement compressif sans drainage.

Cinquième temps. — Alexander le considère comme essentiel. Utilité de maintenir l'utérus en bonne place pendant un mois au moins au moyen d'un pessaire de Hodge et d'un pessaire intra-utérin.

La première qualité de cette opération est son innocuité presque absolue. Tous les auteurs sont d'accord sur ce point. Aussi, en ce qui concerne les résultats immédiats, c'est une opération parfaite. En effet, d'où pourrait venir le danger dans une intervention où seules, la peau et une aponévrose sont intéressées ?

Quelques complications ont cependant été signalées; ce sont : les névralgies postopératoires qu'on peut éviter en ayant soin de ne pas prendre le nerf iléo-inguinal dans une ligature; les hernies peu fréquentes et liées en général à une suppuration autour des fils; enfin les suppurations qui, elles, sont fréquemment mentionnées.

Nous n'avons pas à nous attarder sur les résultats immédiats de cette opération; son influence sur la grossesse et ses résultats éloignés sont autrement importants pour nous et c'est ce que nous allons envisager.

Le procédé d'Alquié-Alexander est une opération essentiellement physiologique, en ce sens qu'elle redresse l'utérus par l'intermédiaire de ses soutiens naturels : les ligaments ronds. Elle ne modifie en rien la statique ni la suspension normale de l'utérus, dont la direction des points d'attache

reste la même. Elle permet le développement du fond de l'organe et laisse à ce dernier toute liberté pour évoluer. Aussi, elle n'exerce aucun effet sur la grossesse et l'accouchement. Toutes les statistiques le prouvent.

M. Rivière a publié, en 1892, 14 cas de grossesses après l'opération d'Alquié avec un avortement à la suite du surmenage causé par un déménagement et 13 accouchements à terme dont un forceps et une hémorragie de la délivrance.

Alexander sur 8 grossesses a vu accoucher heureusement 7 de ses opérées. Burrage a observé 12 grossesses après l'Alquié-Alexander, il a eu 7 accouchements normaux, un forceps, une délivrance artificielle, un avortement. 2 femmes étaient encore enceintes.

Figuiera a recueilli dans sa thèse 91 grossesses avec 83 accouchements normaux, un forceps et 7 fausses-couches.

Doléris, en 1904, avait fait 104 fois l'opération d'Alquié. Il a observé 12 grossesses et accouchements tout à fait normaux. Il rapporte une statistique de 167 cas de grossesses après ce procédé sans autre dystocie que quelques avortements, un forceps et une présentation transversale réduite.

Gouin dans sa thèse, sur 129 grossesses, trouve 116 accouchements spontanés à terme, 10 avortements et un forceps.

Kanter, sur 1.278 Alexander suivis 181 fois de grossesse, relève 165 accouchements normaux (91,1 %), 11 avortements, 16 dystocies (8,84 %) sans aucune césarienne.

Plus près de nous, Rüder a noté 12 grossesses normales et un avortement chez 80 de ses opérées.

Rossier en 1915, dans une série de statistiques portant sur 143 grossesses après l'opération d'Alquié, a compté 133 accouchements spontanés, 2 avortements, un accouchement provoqué au septième mois « pour ne pas compromettre les plastiques vaginales et périnéales » et qui se termina par la mort, un placenta praevia, un forceps et un siège.

Enfin Violet a publié 3 grossesses et accouchements nor-

maux en 1923 survenus chez des femmes dont on avait corrigé l'utérus par le raccourcissement extra-péritonéal des ligaments ronds.

Cette méthode remplit donc la première et la plus importante des deux conditions essentielles en matière de redressement opératoire de l'utérus : elle n'exerce aucune influence fâcheuse sur la parturition.

Ces résultats sont-ils durables? Telle est la deuxième condition. Il est plus difficile d'affirmer que l'Alquié-Alexander nous donne à ce point de vue pleinement satisfaction. Les récidives sont en effet plus ou moins fréquentes, mais toutes les statistiques en comportent : chaque auteur accuse des insuccès.

Burrage a publié dans le *Medical News* les résultats de 71 opérations selon Alexander dont 62 furent suivies. Il a noté 14 insuccès (23 %) et sur 8 cas restant, 4 récidives se sont produites après l'accouchement.

Schwartz, sur 10 cas personnels, avait 3 échecs relatifs et un échec total. Doléris, sur 80 cas, donne 14 succès partiels et 10 insuccès.

Figuiera a recueilli 1.220 opérations d'Alquié-Alexander dont 478 ont été revues. Parmi celles-ci, il compte 29 échecs relatifs et 43 échecs absolus.

Houttelette note 55 insuccès sur un ensemble de statistiques comprenant 650 Alexander.

Schickele répond affirmativement à une question posée par Dührssen : « l'Alexander est-il encore aujourd'hui justifiable? » Il se base sur 350 opérées à la Clinique de Strasbourg. Dans 80 % des cas les opérations ont été faites pour rétroflexion mobile. 171 malades ont été revues; parmi elles, 136 qui avaient une rétroflexion mobile fournirent une seule récidive. Sur les 35 restantes : 10 récidives.

Rüder observe 4 échecs absolus sur 80 cas.

Rossier donne une moyenne de 10 % d'insuccès après l'Alexander. Pour Seitz, ce chiffre atteint 23,76 % et pour Borger, 12,2 %.

Enfin Laemmle, en 1926, observe 13 % de récidives sur les 80 opérations d'Alquié qu'il a pratiquées. Il cite : Reifferscheid qui a noté 4,5 % d'insuccès, Schäfer 13,7 %, Littauer, 10 %, Kienecker 8,9 % et Cohu 17,9 %.

Si certaines statistiques sont particulièrement favorables au point de vue des résultats éloignés, il n'en est pas moins vrai que la proportion d'insuccès après l'opération d'Alquié-Alexander varie entre 10 et 20 %.

Cette méthode ne suffit pas la plupart du temps à maintenir la correction de la déviation, car, comme l'écrit Rouhier : « son efficacité est relative du fait que le raccourcissement à travers le canal inguinal n'exerce pas une traction normale à l'utérus, mais une traction tangentielle avec décomposition des forces et très grande perte de puissance utile ».

.. Elle ne peut que difficilement utiliser la portion vraiment résistante des ligaments ronds qui sont d'autant plus forts qu'on se rapproche davantage des cornes utérines. Enfin son exécution peut rencontrer de réelles difficultés du fait de la recherche du ligament rond dans le canal inguinal, où il est souvent réduit à quelques brides fibreuses sans résistance, à moins qu'il n'ait subi la dégénérescence graisseuse.

Le fait a été signalé par de nombreux auteurs et Doléris et Ricard, dans l'*Union Médicale* du 24 février 1885, affirmaient, en se basant sur 28 dissections, qu'à partir de l'orifice inguinal interne le ligament rond n'existait plus. Ils revinrent d'ailleurs sur leur affirmation à la suite d'une note rectificative de Beurnier.

Cette opinion évidemment exagérée renferme cependant une grande part de vérité. Houttelette a recherché d'une façon systématique 48 fois le ligament rond dans le canal inguinal. Les sujets, d'âge moyen, dont il disposait, comprenaient : 22 sujets gras et 26 sujets maigres. Dans le premier groupe, 7 fois le ligament existait à peine, réduit dans

la portion intracanaliculaire à un cordon grasseyeux sans aucune résistance. Dans le deuxième groupe une fois on ne le trouva pas et chez 4 de ces sujets, il était aplati, présentait des irrégularités de calibre et avait une médiocre résistance.

Il n'est donc pas inexact de dire que l'opération d'Alquié peut échouer dans certains cas par la constitution défectueuse du ligament rond.

En outre, on ne peut pas vérifier la réduction de l'utérus et lorsqu'on a trouvé les ligaments, il persiste quand même un gros écueil car, une fois raccourcis, il est difficile de les fixer dans le canal inguinal. Il manque là, en effet, une large surface d'avivement qui prédisposerait à une adhérence durable.

Mais il est un reproche autrement important qu'on fait à l'Alexander : c'est de ne pas permettre l'exploration de la cavité abdominale dans une affection douloureuse, au syndrome de laquelle peuvent participer, outre la rétroposition, des adhérences, une ptose intestinale ou une réaction appendiculaire.

Les lésions annexielles qui entrent pour beaucoup dans l'étiologie de la rétrodéviation utérine par la fixation pathologique d'ordre adhérentiel qu'elles déterminent, sont très fréquentes.

Mentha, interne du professeur Beuttner, a relevé sur 215 rétroflexions mobiles, 148 cas avec conjointement des lésions du côté des annexes ayant nécessité 63 fois une résection partielle d'un ou des deux ovaires et 25 fois une opération importante telle que : salpingectomie ou ovariectomie.

D'Ernst, au Congrès de Genève en 1923, expose les résultats de 502 ventrofixations faites à la Maternité de Genève. Sur 256 opérations pratiquées pour rétroflexion mobile, on a trouvé les annexes normales dans 43 cas seulement, soit 83,6. % des cas dans lesquels la rétrodéviation mobile

est accompagnée de lésions annexielles. En 1911, Lapidewsky, pour le même service, donnait comme proportion 77 %.

Mrs Alice Bloomfield, sur 50 ligamentopexies, trouve 31 fois des lésions associées, soit 63 %.

Dartigues a constaté plusieurs fois qu'il peut y avoir des lésions salpingo-ovariques avec adhérences uni ou bilatérales, alors que l'utérus rétrofléchi reste mobile et même réductible au toucher.

Il est donc rare de pouvoir affirmer qu'il n'y a pas de lésions concomittantes; c'est pourquoi la laparotomie s'impose dans le plus grand nombre des cas, et Gosset a pu écrire que « dans le traitement de la rétrodéviation utérine, toute méthode qui ne comporte pas l'ouverture du péritoine doit être absolument rejetée ».

Du reste, avec la bénignité de plus en plus grande de la laparotomie, disparaît la qualité dominante du procédé d'Alquié-Alexander : sa supériorité d'inocuité sur les autres méthodes. Comme le dit Forgues : « le raccourcissement extra-péritonéal a surtout vécu de la crainte qu'a inspirée longtemps la laparotomie ».

Enfin le procédé d'Alquié-Alexander ne s'applique qu'à un nombre très restreint de cas. Trélat a posé en effet en règle immuable, que cette opération devait être réservée aux rétrodéviations mobiles, parfaitement réductibles. Nous venons de voir, que même dans ce cas, les lésions annexielles sont fréquentes et que l'ouverture du péritoine s'impose. Dans toutes les retroflexions adhérentes ou plus ou moins irréductibles, celles qui sont maintenues par des brides, par d'anciennes salpingites prolabées, cicatricielles et rétractiles, « dans tous ces cas, les tractions lointaines et aveugles de l'Alexander ne sauraient être qu'inefficaces et même dangereuses ».

Aussi, à l'heure actuelle, les auteurs qui, à l'exemple de Kreuzmann, de Werth, de Spaeth, tiennent absolument

à conserver à l'utérus son mode naturel de suspension par les trajets inguinaux, commencent par ouvrir le ventre pour libérer les adhérences, traiter les annexes, « pour faire en somme », comme le dit Gosset, « un travail rationnel sous le contrôle de la vue ». La réduction de l'utérus peut ainsi être vérifiée. Ce procédé comporte l'incision transversale de la peau et de l'aponévrose selon la méthode de Pfannenstiel, car, par ses extrémités, elle permet d'atteindre le canal inguinal de chaque côté. Les ligaments sont saisis par leur partie solide et passés de dedans en dehors, au moyen d'une pince pénétrant par l'orifice profond et venant sortir par l'orifice superficiel du trajet inguinal.

Opération de Baldy-Dartigues.

Cette méthode consiste à saisir les ligaments ronds avec une pince passée de chaque côté au-dessous du ligament tubo-ovarien, à travers un orifice créé dans les deux feuillets de la partie avasculaire du ligament large; on attire alors ces deux ligaments, et on les suture l'un à l'autre et au corps utérin de façon à créer une sorte de sangle redressant et soutenant l'utérus.

Ce procédé qui paraît très séduisant ne donne pas, aux dires de certains auteurs, des résultats durables. Aubert et Kœnig, au Congrès de Genève, lui ont reproché de rendre inutilisable la portion la plus épaisse et la plus résistante des ligaments ronds; car, par suite de la plicature, l'effort de suspension de la matrice serait supporté, non pas par la partie juxta-utérine de ces ligaments, mais par leur portion la plus faible : celle qui est située au niveau des canaux inguinaux et qui est rendue encore plus ténue par l'étirement des ligaments.

Rohier estime que cette opération offre un certain danger chez des femmes qui présentent un degré marqué de varicocèle pelvien, car on peut blesser les veines au moment de la transfixion du ligament large et provoquer ainsi des hémorragies difficiles à arrêter.

Crousse réserve ce procédé à des cas spéciaux. Il ne l'emploie que dans certaines rétrodéviations fixées où l'utérus débarrassé de ses adhérences ne demande qu'un peu d'aide pour se redresser.

Par contre, Delbet en France, Otto en Allemagne, Schumann aux Etats-Unis, pensent que ce procédé n'exerce aucune influence néfaste sur la grossesse et l'accouchement, et qu'il est très efficace pour maintenir la correction de la déviation.

Les statistiques leur donnent raison.

Schumann, en 1910, fait connaître les résultats de 250 opérations de ce genre pratiquées par lui-même ou par Baldy dont il était l'assistant. Les suites éloignées ont été excellentes, il n'a observé aucune difficulté dans l'accouchement et pourtant un grand nombre de femmes ont eu un ou plusieurs enfants après l'opération.

Paucot, en 1925, a publié deux cas de grossesse après opération de Dartigues. Chez la première femme : présentation de la face, césarienne basse pour bassin rétréci, le pariétal débordait la symphyse. Dans la deuxième observation : grossesse et accouchement tout à fait normaux. Après le travail, la correction de la déviation s'était maintenue dans les deux cas. Fait intéressant à noter : les deux femmes étaient stériles.

Enfin Karl Otto, en 1927, rapporte 112 cas opérés par la méthode de Baldy-Dartigues pendant les deux dernières années. Il n'a pas observé de récive. 14 femmes ont conçu après l'opération, l'une d'elles était stérile. Il y a eu 2 avortements dont un provoqué, 4 étaient encore enceintes, tous les autres accouchements furent normaux. Ses conclusions

sont que la fixation rétro-utérine des ligaments ronds est une méthode à la fois simple et très efficace pour le traitement des rétrodéviations.

Nous publions plusieurs observations que nous devons à l'obligeance de M. le Professeur Chavannaz, dans lesquelles le procédé de Dartigues est resté sans influence sur la parturition. En outre, l'utérus avait conservé la position que lui avait donnée l'opération.

Opération de Doléris.

Le premier procédé de Doléris, qui date de 1889, consistait simplement dans la fixation des ligaments ronds dans l'angle inférieur de la plaie abdominale, sans transfixion péritonéo-musculo-aponévrotique.

Le second procédé, décrit tout au long dans les thèses de Hivet (1901) et de Figuiera (1903), assure une fixation beaucoup plus solide et c'est le seul que les chirurgiens partisans du Doléris pratiquent aujourd'hui.

Nous en rappelons brièvement la technique :

Premier temps. — Ouverture de l'abdomen par une incision de 8 à 10 centimètres médiane, verticale, partant de la symphyse pubienne. La ligne blanche est respectée sur une hauteur de 2 à 3 centimètres à partir du pubis.

Deuxième temps. — Reconnaissance, libération et réduction de l'utérus. Traitement des annexes s'il y a lieu.

Troisième temps. — Reconnaissance et saisie des ligaments ronds à 4 ou 5 centimètres de l'utérus où ils sont constitués par un cordon unique blanchâtre, nettement saillant sous la séreuse péritonéale.

Quatrième temps. — Transfixion péritonéo-musculo-aponévrotique au moyen du bistouri, à un centimètre environ de la ligne médiane, au niveau de la bandelette fibreuse

intentionnellement ménagée et juste au-dessus de l'épine pubienne. Avec une pince de Kocher, on attire le ligament, en anse, dans la boutonnière où on le fixe par un premier point de catgut.

Cinquième temps. — Accoler solidement l'une à l'autre les deux anses ligamentaires avec deux ou trois catguts.

Sixième temps. — Fermeture de l'abdomen. Au moment de la suture de la peau, Doléris conseille de reprendre encore, avec deux crins, les anses qui se trouvent ainsi incluses dans le derme.

De cette façon, dit-il, les ligaments sont fixés d'une façon double :

1° par leur accollement intime au-devant d'un pont fibreux très résistant auquel ils se trouvent amarrés très solidement ;

2° par leur inclusion dans le derme.

Cette opération est le procédé de choix dans le traitement des rétrodéviations utérines, car, sans avoir les inconvénients de l'Alquié-Alexander et de l'hystéropexie, elle en possède tous les avantages. Les avantages de l'hystéropexie, parce qu'elle comporte l'ouverture du péritoine et permet ainsi de libérer les adhérences et de traiter les annexes. Les avantages de l'Alexander, parce qu'elle donne à l'utérus le soutien qui se rapproche le plus des conditions naturelles, qu'elle lui laisse une certaine mobilité, qu'elle permet sa libre ascension dans la cavité abdominale si une grossesse survient.

Elle n'offre pas les dangers de la ventrofixation au point de vue de l'accouchement, car les ligaments ronds, doués d'une très grande extensibilité, s'allongent tout en s'hypertrophiant, et la matrice peut se développer d'une façon régulière et progressive.

Le procédé de Doléris est basé sur un fait anatomo-pathologique important : la persistance de la portion juxta-utérine des ligaments ronds, restée épaisse et résistante, malgré

l'élongation et l'atrophie plus ou moins marquée de ces ligaments, constantes dans toute rétrodéviatiou.

Ce qui fait précisément la valeur de cette opération, c'est qu'elle utilise cette portion juxta-utérine, la seule demeurée saine dans tous les cas.

A cet avantage qui lui est propre, le Doléris en joint d'autres qui sont : de s'exécuter sans aucun délabrement du péritoine viscéral, à travers une simple boutonnière pariétale; de fournir un point d'attache solide aux ligaments, à la partie la plus puissante de la paroi musculaire de l'abdomen, point d'attache perpendiculaire à la surface antérieure de l'utérus, ce qui n'entraîne aucune déperdition de puissance. Aussi ce procédé donne des résultats durables que ne modifie en rien une grossesse ultérieure.

L'adhérence des ligaments aux muscles reste en effet très solide. Doléris a pu le constater chez une malade qu'il dut laparotomiser pour pyosalpinx, deux ans après avoir subi une ligamentopexie. Houttelette cite un cas analogue observé par le Dr Jacoulet.

Rouhier a hystérectomisé, pour lésions ultérieurement acquises, une malade à qui Proust avait fait un Doléris. Il a disséqué les ligaments ronds. Ceux-ci se creusaient dans la paroi un canal ponté par des tractus de nouvelle formation, canal qu'ils remplissaient complètement, où ils semblaient glisser suivant la mise en jeu de leur élasticité et dans lequel ils conservaient toute leur individualité de cordons musculaires souples et sains. Par le ventre, il les voyait s'enfoncer dans leur orifice nouveau, comme le cordon dans le trajet inguinal, et l'utérus, bien que plus lourd que normalement, était remarquablement soutenu.

Une observation du plus haut intérêt, rapportée par Delassus à la réunion obstétricale de Lille du 27 juin 1925, met bien en relief la valeur de la fixation par le procédé de Doléris.

Mme L... a eu 6 enfants à terme en 7 ans de mariage. A la suite de ces accouchements répétés, une modification s'est produite dans la statique de l'utérus. Elle est corrigée par une ligamentopexie à la Doléris. Depuis 17 ans, le résultat s'est maintenu; tous les troubles dus au déplacement utérin ont disparu. L'utérus reste toujours fixé dans sa direction normale et pourtant, depuis l'opération, 5 nouvelles grossesses à terme se sont ajoutées aux précédentes.

C'est qu'en effet les récides après le Doléris sont rares, leur proportion est bien inférieure à celle obtenue avec tout autre procédé, et, comme dans l'Alexander, la grossesse et l'accouchement ne sont aucunement influencés.

Doléris a publié en 1904 les premiers résultats de son procédé qu'il avait exécuté 90 fois jusqu'à cette époque. 10 grossesses ont été observées, toutes normales; aucune récide après l'accouchement.

Sur 48 observations rapportées dans la thèse de Figuiera il y a une seule récide.

Turenne s'en tient uniquement au Doléris, il a noté une dizaine de grossesses absolument normales après l'opération. Schauta, à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Vienne en 1911, déclare que le Doléris est supérieur à tous les autres procédés. Il lui a donné : 0 % de récide et 0 % de mortalité.

Houttelette, sur les 20 observations de sa thèse, ne compte aucune récide. 9 grossesses se sont produites dont 2 en cours. Un avortement à la suite d'une chute de voiture et 6 accouchements spontanés.

Macfarlane a fait 140 suspensions de Gillian, qui est exactement le procédé de Doléris déjà réinventé plusieurs fois à l'étranger, 40 sont trop récentes pour en tenir compte au point de vue des résultats éloignés. On n'a eu recours à l'opération qu'après l'échec complet des pessaires. 15 malades avaient subi antérieurement, sans succès, une ventrofixation.

16 opérées devinrent enceintes, il y eut 2 avortements. Pour les autres, grossesses et accouchements normaux, pas de récurrence.

Ivens, sur 100 opérations de ce genre, a revu 78 de ses opérées qui se décomposent ainsi : 32 réflexions simples, 46 rétroversions avec maladie des annexes. Dans le premier groupe : résultat parfaitement satisfaisant; deux femmes ont eu des enfants avec grossesse en tout point normale et l'utérus n'a pas bougé.

Dans le second groupe, il s'est produit une seule récurrence chez une femme qui présentait de la pelvi-péritonite chronique. 4 femmes avaient eu des grossesses et 3 un avortement.

Gosset sur 53 opérées ne note ni accident ni incident. Chez toutes les malades revues, le résultat reste acquis. Deux femmes qui avaient subi sans succès le raccourcissement extra-péritonéal des ligaments ronds, furent opérées par le procédé de Doléris et la rétrodéviation ne s'est pas reproduite. Nous rapportons une observation analogue due à l'obligeance de M. le Professeur Bégouin.

Ill ou ses assistants ont pratiqué 783 ventrosuspensions de Gilliam, le nombre des récurrences est de 7; aussi l'auteur a complètement abandonné toutes les autres méthodes.

Caballero a exécuté 350 fois son procédé qui n'est autre qu'un Doléris très externe, la transfixion étant faite en dehors du muscle droit. Les résultats qu'il a obtenus sont excellents, il n'a observé aucune récurrence chez les femmes revues.

Bouffe de St-Blaise a accouché 4 femmes ayant subi un Doléris; 4 accouchements normaux. Il a pu noter que le corps utérin était d'autant mieux déplacé que l'écartement entre les points de fixation des ligaments ronds était plus considérable.

Goldspohn a publié en 1917 les résultats de 164 opérations de Doléris. Sur les 127 femmes examinées de 2 à 7 ans après

l'opération, il a compté 2 récurrences, soit 1,6 %. Les résultats furent bons ou excellents dans 88 % des cas, il y eut amélioration dans 10,2 % des cas.

32 femmes devinrent enceintes avec un nombre total de grossesses égal à 35, parmi lesquelles 4 avortements dont un à la suite d'un accident de chemin de fer. 12 femmes enceintes furent suivies : 11 accouchements normaux et un forceps.

Seitz a retrouvé 120 de ses opérées. Résultat anatomique parfait dans 92,5 % des cas. 47 femmes accouchèrent 63 fois, il y eut 55 accouchements à terme et 8 avortements.

Violet, sur 6 grossesses après opération de Doléris, a observé 2 grossesses extra-utérines chez la même femme à un an d'intervalle, sans qu'on puisse savoir si des lésions tubaires préexistantes furent responsables de cet accident ou si celui-ci doit être mis sur le compte de l'intervention.

Au Congrès de Genève, Cotte rapporte 150 opérations selon le procédé de Doléris-Gosset avec des résultats anatomiques excellents et S. della Chiaje n'a observé aucune récurrence chez 32 de ses opérées qu'il a pu examiner. Dans 6 cas, il a porté remède à la stérilité avec 4 grossesses à terme et accouchements spontanés et 2 avortements.

Le travail d'Eparvier et Michon, plusieurs fois cité, contient 43 observations de femmes ayant subi un Doléris-Pellanda et qui ont eu 56 grossesses après l'intervention. 27 d'entre elles étaient nullipares, dont 16 mariées depuis 3 à 10 ans. En outre, 2 femmes, qui avaient eu une grossesse, étaient restées stériles pendant 10 ans.

Sur 56 grossesses : 49 accouchements à terme avec 2 forceps (un à la vulve, l'autre dans l'excavation) et 7 avortements parmi lesquels 4 provoqués.

Pool et Hawks ont étudié les résultats de la chirurgie de l'utérus à l'hôpital de New-York de 1915 à 1925. A propos des rétroversions, 159 opérations ont été faites. Sur ce nombre, on compte 118 ventrosuspensions de Gilliam. Au bout

de cinq ans, les résultats de cette dernière méthode étaient si nettement supérieurs que les auteurs ont modifié leur traitement des rétroversions. De 1920 à 1925, sur 58 opérations on a fait 56 Gilliam. 51 malades furent revues avec 94 % de résultats anatomiques bons.

Halter a pratiqué 115 fois le Doléris. Il a retrouvé 63 de ses opérées avec 55 guérisons parfaites (87,3 %), 5 résultats moyens, 3 récides (4,6 %). 8 grossesses avec accouchements spontanés étaient survenues chez ses malades.

Enfin Cotte et Peycelon ont fait connaître, en 1926, le résultat de 550 opérations à la manière de Doléris. Ils n'ont jamais noté un seul insuccès. Ils affirment, sans pouvoir donner un chiffre absolu, que dans un très grand nombre de cas, une grossesse, quelquefois même des grossesses répétées, ont confirmé le résultat sans le moindre accident au cours de l'accouchement ou dans les suites de couches.

Ces chiffres prouvent que la grossesse et l'accouchement suivent un cours absolument normal après l'opération de Doléris et que la fixation est solide et durable. Du reste, il suffira de jeter un coup d'œil sur les observations que nous rapportons, pour se rendre compte que jamais le Doléris n'a occasionné l'avortement, la présentation vicieuse ou la dystocie quelle qu'elle soit; et cela, parce qu'il conserve et respecte les conditions anatomiques.

Dans notre observation IV, la femme fit un avortement, mais elle avait subi une laparotomie alors qu'elle était enceinte et cette opération entre probablement pour une grande part dans la cause de son accident.

Et pourtant, on a cherché à accumuler contre le procédé de Doléris quelques griefs. Justes pour la plupart, ils sont souvent dus à une faute technique et peuvent être évités. Nous allons les énumérer rapidement.

En premier lieu, on a accusé ce procédé de prédisposer aux éentrations. Quelle est la laparotomie qui n'est pas susceptible d'un tel reproche? Cependant Gosset et Pellanda

ont en partie résolu le problème, en employant l'incision transversale de Pfannenstiel combinée au Doléris.

Cette incision semble présenter une incontestable supériorité sur l'incision verticale médiane. Elle réclame plus de temps et une hémostase plus soignée, mais les éventrations post-opératoires y sont infiniment plus rares. Quand elles se produisent, elles sont de petites dimensions et ne subissent pas les brusques poussées d'accroissement des larges éventrations sous-ombilicales. Leur faible volume, et aussi leur siège, expliquent qu'elles ne sont que peu gênantes.

Pfannenstiel compte 7 éventrations pour 700 opérations et Patel n'en a observé que deux pour un nombre égal d'interventions.

Rouffart, au Congrès des Obstétriciens et Gynécologues de langue française à Bruxelles, conclut nettement en faveur de cette incision. Sur 1.506 cas dus à des auteurs différents il compte 5 éventrations, soit 0,33 %.

Enfin Pellanda, après 1.800 laparotomies, n'a vu qu'une seule éventration en dehors du grand droit, à la suite de l'emploi d'un catgut insuffisamment solide.

Dans un deuxième ordre de faits, Rouhier signale l'abondance de certaines hémorragies, normales ou accidentelles, devenues très dangereuses par suite de leur soudaineté, à tel point que dans une observation de Bazy, l'hystérectomie fut nécessaire. Ce fait, d'après Rouhier, est imputable à la rectitude anormale donnée à l'utérus quand on attire les ligaments à un niveau trop élevé au-dessus du pubis, car la matrice, d'organe purement pelvien devient ainsi un organe abdominal.

Un autre groupe d'accidents, assez curieux, dont nous avons relevé plusieurs cas dans la littérature, mérite d'être signalé. Il s'agit de véritables « pyosalpinx interstitiels » dus à la situation intrapariétale de la trompe, celle-ci avant été attirée dans la paroi en même temps que le ligament rond.

L'observation que Caraven a publiée en 1920 en est un

exemple. A la suite d'une ligamentopexie à la manière de Doléris, une femme présenta une tuméfaction sus-pubienne, d'allure inflammatoire, que l'intervention démontra être une salpingite intra-et extra-pariétale. La malade mourut deux jours plus tard de péritonite.

Le cas d'Auvray est sensiblement analogue. Opération de Doléris. Trois mois après, apparition d'une douleur sus-pubienne gauche avec tumeur de la grosseur d'une noisette. La tuméfaction augmente rapidement et atteint le volume d'un œuf, en même temps qu'il se produit des troubles menstruels intolérables.

Opération : on se trouve en présence d'une trompe gauche pliée qui avait suivi le ligament rond dans la paroi.

Dans l'observation de Cotte et Peycelon, il s'agit d'une femme qui, après avoir subi un Doléris-Pellanda, fut opérée ultérieurement pour annexite gauche. Là encore la trompe droite était incarcérée dans la paroi abdominale dans laquelle la portion isthmique s'engageait très profondément.

A l'étranger, le fait a été également noté. Müller rapporte l'histoire d'une femme qui, deux ans après une ligamentopexie, présenta un abcès au niveau de la cicatrice ; il persista une fistule par laquelle du sang s'écoulait à chaque période menstruelle. L'opération montra que la trompe droite était adhérente à la paroi abdominale et que la fistule aboutissait au niveau de son tiers interne resté perméable. Dans ses deux tiers externes, la trompe avait le volume d'un doigt et était remplie de pus stérile. Guérison après salpingectomie.

Enfin, Michel signale le cas d'une femme qui avait subi un Doléris pour rétroversion et qui fit immédiatement des accidents d'occlusion intestinale, une anse grêle ayant été attirée dans la paroi en même temps que le ligament. La fistulisation, pour laquelle l'auteur dut intervenir par la suite, fut nécessaire.

Ces quelques observations prouvent que le chirurgien doit rigoureusement contrôler la traction qu'il exerce sur le ligament rond et d'autant plus que le mésosalpinx est plus court.

Il doit attirer le ligament à travers la boutonnière musculo-aponévrotique mais il doit l'attirer seul, et pour cela, comme le conseille Auvray, il faut le saisir, non pas au voisinage des cornes utérines, mais assez loin en dehors.

Il est bien évident que, dans ces cas, il s'agit d'une faute de technique et que la complication ne doit pas être inscrite au débit de l'opération.

Enfin, et ce n'est pas l'accusation la moins grave, on a reproché au Doléris d'être parfois la cause d'occlusion intestinale. Le fait existe, mais il est très rare. Bazy y insiste longuement dans son article. Muret en a relevé 5 cas dans la littérature. Dans nos recherches nous en avons trouvé 3 cas : un publié par Williams en 1907, et 2 rapportés par Child à la Société Obstétricale de New-York en 1913. En outre, Richardson a signalé un cas d'ileus après l'opération de Baldy.

C'est dans la poche comprise entre l'utérus en arrière, la paroi abdominale en avant et les ligaments ronds néo-insérés sur les côtés, que se font les hernies internes susceptibles de s'étrangler, quand, par suite de la distension des ligaments, l'utérus s'écarte de la paroi.

Ces accidents, heureusement très rares, ne sont pas propres à l'opération de Doléris et ils se produisent tout autant après l'hystéropexie abdominale directe. En effet, après cette opération, de nombreux cas d'occlusion intestinale reconnaissent pour cause le « fungal ligament » de Frank E. Taylor, ce fameux « ligament suspenseur du fond », si l'on veut bien adopter la terminologie anglaise, que Jacobs, Michel et Bazy accusent d'être une conséquence fréquente de la ventrofixation. Et, lorsque ce « fundal ligament » n'existe pas, ce sont des brides multiples qui se produisent, allant du fond utérin à la paroi abdominale, entre lesquelles l'intestin peut s'introduire et s'étrangler.

Concluons donc avec Dartigues que « le procédé de Doléris est en toute impartialité le meilleur par la solidité de la fixation de tous les procédés intra-abdominaux. »

OBSERVATIONS

Observation I.

Mme Esther F..., 33 ans. IV^e pare.

Réglée à 14 ans, règles régulières, indolores, durant 3 jours.

Première grossesse en 1913. Accouchement normal à terme d'un garçon pesant 1 kgr. 500 vivant actuellement et bien portant.

Deuxième grossesse en 1916. Avortement de 2 mois 1/2, dont elle ignore la cause.

Troisième grossesse en 1918. Nouvel avortement de 3 mois à la suite d'une grande fatigue.

Stérile pendant 6 ans, elle va consulter en 1924, M. le professeur Chavannaz qui constate une rétroflexion.

Intervention le 10 avril : opération de Dartigues et appendicectomie.

Six mois après survient la quatrième grossesse actuelle. Dernières règles du 24 au 27 décembre 1924.

Entre à la Clinique obstétricale en septembre 1925. Début du travail le 7 septembre à 17 h.; dilatation de 50 centimes, poche des eaux intacte. Hauteur de l'utérus sur la ligne médiane 30 cm. Sommet engagé en D. P.

Accouchement prématuré à 8 mois d'une fille de 2 kgr. 900 après une période d'expulsion de 10 minutes. La durée totale du travail est de 3 heures. Délivrance normale. Poids du placenta : 475 grammes.

Suites éloignées. — Cette femme à qui nous avons écrit se trouve très améliorée par son opération, cependant, elle souffre encore légèrement du ventre de temps à autre.

Observation II.

Mme Jeanne L..., 35 ans. III^e pare.

Puberté à 11 ans. Règles régulières mais abondantes, durant 5 à 6 jours et très douloureuses.

Première grossesse en 1912. Accouchement prématuré à 7 mois, d'un garçon qui est vivant et en bonne santé.

Deuxième grossesse en 1913. Accouchement prématuré à 7 mois une fille vivante et bien portante.

A subi le 21 juillet 1915 une ligamentopexie pour rétroversion utérine¹. Crises de coliques hépatiques en 1922.

Troisième grossesse actuelle. Les dernières règles datant de fin décembre 1926. Grossesse normale, de légères traces d'albumine dans les premiers mois.

Entre à la Clinique en septembre 1927. Le 20 septembre accouchement prématuré à 8 mois d'une fille de 2 kgr. 800 en bon état physique. L'enfant se présentait par la tête. Placenta de 500 grammes.

Suites éloignées. — La malade qui nous a écrit se porte actuellement très bien.

Observation III.

Mme Irène C... 30 ans. Tailleuse. IV^e pare.

Première grossesse en 1918. Accouchement spontané à terme d'un garçon vivant, bien portant.

Deuxième grossesse en 1920, normale, un garçon en bonne santé actuellement.

Troisième grossesse en 1922. Avortement de 3 mois et demi de cause inconnue.

Opérée le 29 novembre 1923 par M. Chavannaz pour rétro-

1. Il nous a été impossible de retrouver le procédé opératoire employé, mais M. Chavannaz qui fit l'intervention a bien voulu nous assurer qu'il pratiquait uniquement l'opération de Dartigues ou le raccourcissement des ligaments ronds par simple plicature.

flexion utérine. On fait un raccourcissement des ligaments ronds par simple plicature et une appendicectomie.

Quatrième grossesse actuelle. Dernières règles du 6 au 9 mars 1925.

Entre à la Clinique obstétricale en décembre 1925. Le 20, accouchement spontané d'un garçon de 3 kgr. 060. Le travail a duré deux heures. Délivrance normale.

Après l'accouchement l'utérus reste en bonne position.

Suites éloignées. — Cette femme nous écrit qu'elle vient d'accoucher normalement d'une fille en avril 1928. Depuis cet accouchement elle se plaint fréquemment de douleurs dans le bas-ventre comme avant son opération.

Observation IV.

Mme Lucie G... III^e pare.

Première grossesse en septembre 1923. Accouchement normal.

Deuxième grossesse en août 1925. Accouchement normal.

Après son deuxième accouchement, elle souffre du bas-ventre, particulièrement à droite. Les règles sont régulières mais douloureuses et durent huit jours. La douleur s'accroît à la fatigue empêche les rapports, et la malade en vient peu à peu à cesser tout travail.

Elle va à la consultation de M. Chavannaz en juin 1927. Il constate une rétroflexion avec point appendiculaire douloureux. Opération le 6 juillet 1927. Appendicectomie et raccourcissement des ligaments ronds par plicature.

Grosse amélioration, la malade peut reprendre ses occupations. Il persiste cependant quelques douleurs, surtout pendant les rapports.

Depuis avril 1928, les douleurs reprennent et la femme doit s'aliter fréquemment. Elle va à la consultation de M. le professeur Bégouin. Col mou, le corps est senti à gauche, à droite il y a une masse dont l'indépendance avec l'utérus n'est pas très nette. Pyosalpinx très probable.

Intervention le 25 mai 1928 : on tombe sur un utérus gravide. Le col était long de 6 à 7 centimètres formant ce qu'on avait considéré comme le corps utérin indépendant de la tumeur.

Le 6 juillet 1928, elle entre à la Clinique d'accouchements où elle fait un avortement de 3 mois environ, spontané, sans suites. Pas d'albumine. Bordet-Wassermann négatif.

L'utérus est resté en bonne position.

Observation V.

Mme Antoinette P..., 30 ans. II^e pare.

Première grossesse en 1923, accouchement spontané à terme d'un garçon vivant, bien portant.

Quatre ans de stérilité.

Opérée le 28 juillet 1927 pour rétroflexion par M. Chavannaz qui raccourcit les ligaments ronds par le procédé de Dartigues.

La femme devient enceinte un mois après. Dernières règles du 28 au 31 août 1927. Grossesse absolument normale.

Elle entre à la Clinique obstétricale en juin 1928 où elle accouche spontanément d'une fille de 3 kgr. 260. Le travail a duré cinq heures. Délivrance normale.

Après l'accouchement l'utérus est resté en bonne position.

Observation VI.

Mme Yvonne R..., 33 ans. Couturière. VI^e pare.

Première grossesse en 1918. Accouchement normal d'une fille morte de méningite à six mois.

Deuxième grossesse en 1922. Accouchement spontané d'un garçon vivant, bien portant.

Troisième grossesse : avortement de 2 mois.

Quatrième grossesse : avortement de 2 mois.

Cinquième grossesse en 1925, normal, un garçon actuellement en bonne santé.

Elle va consulter M. le Dr Parcelier au début de mars 1927

parce qu'elle souffre du ventre et qu'elle perd du sang en assez grande quantité.

Opération le 12 mars : colpopérinéorrhaphie et ligamentopexie intra-péritonéale à la Doléris.

Sixième grossesse actuelle. Dernières règles du 20 au 23 juillet 1927.

Elle entre à la Clinique en avril 1928. Accouchement spontané le 22 avril d'une fille de 2 kgr. 800.

La période d'expulsion a duré 50 minutes et le travail 10 heures. La femme a un bassin généralement rétréci, le promontoire sous-pubien mesure 10 cm. 5.

Observation VII.

Mme Marie N..., 31 ans, II^e pare.

Première grossesse en 1922. Accouchement normal dans un bassin pseudo-oblique ovalaire par luxation congénitale de la hanche gauche. Fille de 3 kgr. 460, vivante, en bonne santé.

Depuis l'accouchement, la malade souffre du ventre, surtout à gauche. Elle entre dans le service de M. le professeur Guyot en avril 1925. Les douleurs ont augmenté, l'obligeant souvent à se coucher, elles sont presque continuelles, exacerbées par la fatigue et les rapports. Quelques troubles vésicaux, amaigrissement. On constate une rétroflexion.

Opérée le 3 avril par M. Guyot. Aucune lésion annexielle, on ramène l'utérus en avant et on fait un Doléris. Opération simple, facile, sans accident. Guérison *per primum*.

Deuxième grossesse actuelle. Dernières règles du 28 août au 2 septembre 1925.

Entre à la Clinique à terme. Luxation congénitale gauche (un centimètre de raccourcissement). Hauteur de l'utérus sur la ligne médiane 34 centimètres. Promontoire accessible à 10 cm. 5. Tête élevée.

Accouchement sans difficulté le 31 mai 1926 d'une fille de 3 kgr. 180. Durée totale du travail 6 heures. La tête, restée élevée,

s'engage en G. A. pendant la période d'expulsion qui est très rapide.

Suites éloignées. — Cette femme nous écrit qu'elle ne souffre plus du tout depuis son opération.

Observation VIII.

Mme Marie P..., 34 ans. 1^{re} père.

Cette femme qui souffrait du ventre fut opérée avant son mariage par M. le Dr Manget à l'hôpital Bel-Air le 12 août 1924. Il pratiqua un procédé de Doléris.

Rien d'autre dans ses antécédents.

Première grossesse actuelle. Dernières règles du 25 au 30 juillet 1926. Vomissements au réveil assez nombreux pendant les trois premiers mois.

Elle entre à la Clinique obstétricale en salle de travail le 9 mai 1927 à 19 h. : dilatation 2 francs; poche des eaux intacte; sommet engagé en D. P.

La dilatation se fait bien, elle est complète le 10 mai à 3 h. On rompt les membranes et la femme accouche spontanément une heure après d'un garçon de 3 kgr. 500. Le travail a duré 12 heures. Délivrance normale.

Un peu d'endométrite dans les suites de couches traitée par la glace et le sulfarsénol. La température revient rapidement à la normale.

Suites éloignées. — Cette femme nous écrit qu'elle est en excellente santé.

Observation IX.

Mme Edmée C..., 24 ans.

Se plaint de douleurs abdominales depuis qu'elle est réglée, c'est-à-dire depuis l'âge de 14 ans. Règles irrégulières, pertes blanches abondantes.

Première intervention à Libourne en 1922; on fait un Alquié-Alexander.

Amélioration passagère. Les douleurs reprennent. Elle va à la consultation de M. le Professeur Guyot l'année suivante, lequel, devant l'échec de la première opération, fait un raccourcissement intrapéritonéal des ligaments ronds selon le procédé de Doléris.

Grossesse actuelle : les dernières règles datent de juin 1928. Nous avons revu cette femme au début de novembre 1928, sa grossesse suit un cours normal.

Observation X.

Mme Germaine K..., 26 ans, VI^e pare.

Fièvre typhoïde à 11 ans.

Première grossesse en 1921. Accouchement prématuré de 8 mois et demi provoqué à la Maternité pour bassin généralement rétréci. Le promontoire est saillant et accessible à 10 cm. 5. Une fille de 2 kgr. 180 qui est vivante et en bonne santé.

Deuxième grossesse en 1923. De nouveau on provoque l'accouchement à 8 mois. Un garçon de 2 kgr. 150 vivant et bien portant.

Après cet accouchement la femme se plaint de douleurs dans le bas-ventre. Elle va à la consultation de M. le Professeur Bégouin qui intervient le 9 novembre 1923 : appendicectomie et opération de Doléris.

Troisième grossesse en 1925. L'accouchement est provoqué à 8 mois à la Maternité. Un garçon de 2 kgr. 500 en bonne santé.

Quatrième grossesse en 1926. Avortement de 6 mois, deux jumeaux mort-nés.

Cinquième grossesse en 1925. La femme entre à la Clinique obstétricale. On tente l'épreuve du travail. Accouchement normal : un garçon de 2 kgr. 300 mort à 3 mois de coqueluche.

Sixième grossesse actuelle. Dernières règles en février 1928. Elle entre à la Clinique en octobre. Le fœtus paraît plus gros que pour les grossesses antérieures et le pariétal déborde la symphyse. On décide à nouveau de tenter l'épreuve du travail et l'accouchement se fait spontanément mais la tête a passé à frottements,

les pariétaux chevauchent l'un sur l'autre. Garçon de 3 kgr. 220.

Suites éloignées. — Depuis son opération cette femme se plaint encore du ventre mais beaucoup moins qu'auparavant. Nous l'avons examinée après son dernier accouchement, elle ressentait des douleurs au niveau de la cicatrice abdominale. Ces douleurs ont disparu en quelques jours et l'utérus, parfaitement mobile, reste en antéflexion malgré les quatre grossesses survenues chez cette femme depuis son opération.

Observation XI.

(Professeur agrégé Faugère).

Mme S..., 27 ans, II^e pare.

Première gestation en 1920. Accouchement à terme en juillet 1920. Application de forceps en D. P. Enfant vivant de 3 kgr. 800. Suites de couches normales.

Bien portante jusqu'en septembre 1923. A cette date, la femme commence à souffrir du bas-ventre; ses règles jusque-là très normales, deviennent douloureuses. Les symptômes s'accroissent de plus en plus et cette femme va à la consultation de M. le professeur agrégé Charrier en décembre 1923.

On constate un utérus en rétroversion avec léger degré de flexion, gros, douloureux, annexite du côté droit.

M. Charrier intervient le 10 mars 1924. Ablation des annexes droites et redressement de l'utérus par une ligamentopexie à la Doléris.

Suites opératoires excellentes.

Deuxième gestation actuelle. Grossesse normale, accouchement à terme le 27 décembre 1925. Travail régulier. Application de forceps facile en G. T. pour souffrance fœtale. Enfant vivant de 3 kgr. 100.

Suites de couches normales.

La malade, à l'heure actuelle, est en bon état de santé.

Observation XII.

(Professeur agrégé Faugère).

Mme B..., 38 ans.

Première gestation à 23 ans.

Opérée en mars 1920 : on fait une hystéropexie abdominale directe (le fond utérin est fixé à la paroi), et une ablation des annexes du côté droit.

Deuxième gestation en 1925. Accouchement en janvier 1926. Aucune douleur pendant la grossesse qui a été absolument normale. Par contre, l'accouchement est long et difficile. Commencée à 22 h., la dilatation, le lendemain à midi, est seulement à 2 fr.

On doit terminer l'accouchement par une dilatation bimanuelle sous chloroforme, suivie d'une application de forceps difficile qui permet d'extraire un enfant de 3 kgr. qu'on doit ranimer.

Suites de couches normales.

Troisième gestation : avortement de 1 mois et demi, sans cause apparente. Curage digital, suites opératoires bonnes.

Femme actuellement en bonne santé.

Observation XIII.

(Professeur Guyot.)

Mme X..., de Cavignac, 28 ans, est une jeune femme un peu adipeuse, avec insuffisance ovarienne manifeste : règles irrégulières et peu abondantes.

Mariée depuis 7 ans, elle n'a jamais eu de grossesse.

Désirant avoir des enfants, elle vient consulter M. le Professeur Guyot qui constate l'existence d'un utérus un peu gros, en rétroversion, sans lésion annexielle appréciable.

On décide une opération de Doléris qui est pratiquée suivant le procédé habituel, et dont les suites immédiates furent normales.

Deux ans après, la femme devient enceinte. Grossesse absolument normale, accouchement spontané, à terme, d'un enfant vivant.

Observation XIV.

(Professeur Guyot.)

Mme Y..., 22 ans.

Vient consulter parce qu'elle souffre du bas-ventre.

Jeune femme d'apparence normale, ayant eu ses premières règles à 13 ans, étant régulièrement réglée depuis.

Mariée depuis 2 ans, pas le moindre arrêt des règles, pas de grossesse.

A l'examen, utérus en rétroversion manifeste, pas de lésions annexielles appréciables.

On pratique l'opération de Doléris. Au cours de l'intervention, on constate l'existence bilatérale d'ovaire scléro-kystique. L'opération a été faite exceptionnellement par l'incision de Pfannenstien.

Suites absolument normales.

Un an après, grossesse tout à fait normale menée à terme, accouchement sans incident. Enfant vivant.

Observation XV.

(Professeur Guyot.)

Mme Z..., 32 ans.

Il s'agit d'une grosse femme à paroi abdominale très épaisse et faisant manifestement de l'insuffisance ovarienne : règles irrégulières, durant peu et peu abondantes. Aucune modification par le traitement opothérapique.

A l'examen, on trouve un gros utérus en rétroversion avec signes de métrite et point douloureux appendiculaire très net.

On décide l'intervention qui est pratiquée sous anesthésie générale au Schleich. Opération de Doléris et appendicectomie. Suites normales.

Cette femme, mariée depuis 9 ans, et n'ayant jamais eu d'enfants, est devenue enceinte dans les huit mois qui ont suivi l'intervention.

Grossesse normale, accouchement spontané d'un enfant vivant.

CONCLUSIONS

1° La vaginofixation et la ventrofixation, causes de dystocias graves, doivent être absolument rejetées chez toute femme susceptible de devenir mère.

2° L'hystéropexie isthmique est dangereuse parce qu'elle peut se transformer en hystéropexie du fond.

3° Les ligamentopexies qui utilisent les ligaments ronds, sont les seuls procédés physiologiques, et elles sont de beaucoup supérieures à toute autre méthode;

a) elles favorisent la fécondation en corrigeant la déviation;

b) elles n'exercent aucune influence fâcheuse sur la grossesse et l'accouchement.

4° Avec l'asepsie moderne, les procédés de raccourcissement extra-péritonéal des ligaments ronds n'ont plus de raison d'être, et les chirurgiens, partisans de l'Alquié-Alexander, le font toujours précéder à l'heure actuelle de l'ouverture du ventre.

5° Le procédé de Baldy-Dartigues est une bonne opération qui ne modifie en rien la grossesse et qui assure une fixation solide.

6° Le procédé de Doléris, par sa technique simple et facile, par ses résultats durables nous paraît être supérieur parce qu'il conserve et respecte les conditions anatomiques.

Vu :

Le Doyen,
Ch. SIGALAS.

Vu, Bon à imprimer :

Le Président de thèse,
J. ANDÉRODIAS.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 8 Décembre 1928.

Le Recteur de l'Académie,
F. DUMAS.

BIBLIOGRAPHIE

- Alexander.** — Le traitement des rétrodéplacements de l'utérus et du prolapsus utérin par la nouvelle méthode de suspension des ligaments ronds. (*Méd. Times a. Gaz.* 1884.)
- Allmann.** — Suites de la ventrofixation. (*Zentr. f. Gynak.*, 1913, p. 649.)
- Alquié.** — *Bull. de l'Acad. de Méd.* 1840-41, t. VI, p. 223.
- Aubert.** — Congrès de Genève, 1923.
- Audebert.** — Hystéropexie et grossesse. (*Soc. Gyn. Obst. et Péd. Bordeaux*, 1897.)
- Auvray.** — Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris, nov. 1924. (*La Gynécologie*, 1924, p. 676.)
- Baldy.** — Une nouvelle opération pour les rétrodéplacements (*Am. Jour. of Obst.*, mai 1902, p. 650.)
- Barse.** — Les opérations correctrices des rétrodéviations de l'utérus et leurs résultats. (*Thèse de Montpellier*, 1905.)
- Bauer.** — Soc. d'Obst. et de Gyn. de Vienne, nov. 1911. (*La Gynécologie*, 1912, p. 170.)
- Baumann.** — *Thèse de Bâle*, 1898.
- Bazy.** — Les résultats éloignés des hystéropexies abdominales. (*Rev. de Gyn. et de Chir. and.* 1912, p. 361.)
- Bégouin.** — Contribution à l'étude de l'hystéropexie abdominale. (*Thèse de Bordeaux*, 1892.)
- Beuttner.** — *Monatsch. f. Geburt. u. Gyn.*, 1897.
- Besse.** — Résultats éloignés des opérations de fixation de l'utérus pendant les dix dernières années à la clinique de Göttingen. (*Thèse de Göttingen*, 1910.)

Blondel. — Traitement opératoire des rétrodéviations utérines. (*La Gynécologie*, 1896, p. 305.)

Bloomfield. — *Lancet*, London, 1924, p. 227.

Bland. — Traitement des déplacements de l'utérus. (*The N. Y. Med. Jour.*, 1920, p. 703.)

Bouffe de St-Blaise. — *Rev. de Gyn. et de Chir. Abd.* 1911, p. 567.

Brons. — Thèse de Berlin, 1903.

Brouha. — Soc. belge de Gyn. et d'Obst., juillet 1920. (*Gynécologie et Obstétrique*, 1920, p. 188.)

Brette. — Des dangers éloignés de l'hystéropexie chez les femmes jeunes. (*Thèse de Bordeaux*, 1920.)

Burrage. — *Rev. de Gyn. Obst. et Péd. de Bordeaux*, 1899, p. 242.

Caballero. — Traitement des rétrodéviations de l'utérus par la néo-insertion des ligaments ronds. (*Rev. de Gyn. et de Chir. Abd.* 1913, p. 401.)

Caraven. — *Gynécologie et Obstétrique*, 1920, p. 424.

Chatillon. — La stérilité d'origine utérine. (*Ibid.* 1927, p. 101.)

Child. — Soc. Obst. de N.-Y. (*Am. Jour. of Obst.*, 1913, p. 145.)

Cotte et Peycelon. — A propos de la technique de la fixation ligamentaire de l'utérus suivant le procédé de Doléris. (*Gynécologie et Obstétrique*, 1926, p. 241.)

Cragin. — *Soc. Am. de Gyn. de N.-Y.*, mai 1908.

Crousse. — Congrès de Genève, 1923.

Dartigues. — Orthométrie par ligamentopexie extra-peritonéale ou inguino-pubienne associée à la laparotomie sus-pubienne transverse dans les rétroflexions utérines. (*Presse médicale*, 1920, p. 805.)

Dartigues et Caraven. — *La Presse médicale*, avril 1906, p. 217.

Delahousse et Oui. — Soc. Obst. de France, octobre 1917. (*Ann. de Gyn.*, 1920, p. 718.)

Delassus. — Grossesses multiples après ligamentopexie. Réunion obst. de Lille, juin 1925. (*Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn.*, 1925, p. 707.)

Delbet et Caraven. — De l'hystéropexie isthmique. (*Rev. de Gyn. et de Chir. Abd.*, janv.-févr. 1908.)

- Demelin.** — Des hystéropexies considérées au point de vue obstétrical. (*Obstétrique*, 1896.)
- Dickinson.** — Am. Jour. of Obst. (*Rev. de Gyn. Obst. et Péd. de Bordeaux*, 1902, p. 180.)
- Doléris.** — Pathogénie et traitement des déviations utérines. (*Nouv. Ann. de Gyn. et Obst.*, 1890.)
- De l'hystéropexie physiologique ou ligamentaire. (*La Gynécologie*, 1904; p. 289.)
- La thérapeutique des déviations utérines. (*Ann. de Gyn.*, 1911, p. 718.)
- Dörfler.** — Des indications de la ligamentopexie. (*Zentr. f. Gyn.*, 1922.)
- Dudley.** — *Ann. Gyn. Soc.* 1905.
- Dührssen.** — *Zentr. f. Gyn.* 1892, p. 924.
- *Arch. f. Geburt. u. Gyn.* 1894, p. 284, 331, 374 et 426.
- Duvergey.** — Des dangers éloignés de l'hyspéropexie abdominale chez les femmes jeunes. (*Gaz. hebdomadaire des Soc. méd. de Bordeaux*, 1920, p. 309.)
- Ernst (D').** — Congrès de Genève, 1923.
- Eparvier et Michon.** — Des ligamentopexies dans leurs rapports avec la fécondation, la grossesse et les suites de couches. (*Lyon Médical*, 1925, p. 213.)
- Ferry.** — Valeur comparée de l'hystéropexie abdominale directe et de l'hystéropexie immédiate intra-péritonéale par les ligaments ronds dans les rétrodéviations utérines. (*Thèse de Paris*, 1906.)
- Figuiera.** — Traitement de la rétroversion de l'utérus à l'état de vacuité et pendant la grossesse. (*Thèse de Paris*, 1903.)
- Fournier.** — *Rev. de Gyn. et de Chir. Abd.* 1911, p. 567.
- Fournier des Corats.** — Le traitement des rétrodéviations utérines par la méthode de Doléris. (*Thèse de Montpellier*, 1912.)
- Fumey.** — Du traitement des rétrodéviations. Raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds. (*Thèse de Paris*, 1900.)
- Funck-Brentano et Planchu.** — Rapport au XV^e Congrès de la Soc. d'Obst. de France, 1912.

- Fruhinsholtz.** — *Rev. de Gyn. et de Chir. Abđ.*, 1911, p. 567.
- Garrasse.** — De la grossesse et de l'accouchement après l'hystéropexie. (*Thèse de Paris*, 1910.)
- Geiser.** — Complication après la ventrofixation de l'utérus. (*Zentr. f. Gyn.* 1912, p. 321.)
- Gammel et Robinson.** — La ventrofixation avec les résultats de 220 cas. (*Lancet*, London, 1921, p. 1291.)
- Goldspohn.** — *Am. Jour. of Obst.* 1917, p. 38.
- Gosset.** — De la ligamentopexie par le procédé de Doléris. (*Journal de Chirurgie*, 1912, p. 685.)
- Gottschalk.** — *Zentr. f. Gyn.*, 1891.
- Gouin.** — Avantages de l'hystéropexie physiologique au point de vue obstétrical. (*Thèse de Paris*, 1904.)
- Guggisberg.** — Ileus après ventrofixation. (*Zentr. f. Gyn.*, 1910, p. 1263.)
- Halter.** — *Ibid.*, 1926, p. 1141.
- Hatstrup.** — *Société danoise de chirurgie*, 1920.
- Hayd.** — *Am. Jour. of Obst.*, 1904.
- Henneberg.** — Rapport au Congrès de Genève, 1923. (*Gynécologie et Obstétrique*, 1923, p. 101.)
- Henneberg et Proust.** — Des interventions chirurgicales dans les rétrodéviations de l'utérus en dehors de la grossesse. (*Rev. Franc. de Gyn. et Obst.* 1923, p. 497.)
- Henrotay.** — *Gynécologie et Obstétrique*, 1920, p. 188.
- Heynemann.** — *Zentr. f. Gyn.* 1927, p. 812.
- Hivet.** — Contribution à l'étude du traitement des rétrodéviations de la matrice par le raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds (voie sus-pubienne). (*Thèse de Paris*, 1901.)
- Hofmeier.** — *Zentr. f. Gyn.* 1917, p. 1921.)
- Hollemann.** — La nouvelle méthode de raccourcissement intrapéritonéal des ligaments ronds (fixation rétro-utérine des ligaments ronds). (*Ibid.*, 1910, p. 231.)
- Houttelette.** — La rétrodéviation utérine mobile et son traitement. Résultats éloignés du Doléris. (*Thèse de Paris*, 1911.)

Hövelmann. — *Thèse* de Kiel. 1912.

III. — *Am. Jour. of Obst.* 1913, p. 269.

Ivens. — La rétroversion de l'utérus traitée par la ventro suspension de Gilliam. (*Brit. Med. Jour.*, London, avril 1912, p. 819.)

Jacobs. — *Gynécologie et Obstétrique*, 1920, p. 188.

Kanter. — *Thèse* de Giessen, 1908.

Knoop. — Graves complications de la grossesse après vaginofixation. (*Münsch. Med. Wochensch.* 1909, p. 1126.)

Küstner. — Congrès de Genève, 1896.

— Congrès des Gynécologues allemands, juin 1899.

Küster. — *Zentr. f. Gyn.* 1926, p. 232.

Laemmle. — *Ibid.* 1926, p. 2148.

Lamort. — *Thèse* de Bordeaux, 1895.

Lazergues. — Contribution à l'étude de l'hystéropexie ligamentaire dans ses rapports avec la puerpéralité et le post-partum. (*Thèse* de Toulouse, 1913.)

Le Dentu. — *La Semaine Gyn.* 1901, p. 75.

Legueu. — *Rev. de Gyn. Obst. et Péd. de Bordeaux*, 1900, p. 3.

Léopold. — *Zentr. f. Gyn.* 1891.

Lippmann. — L'opération d'Alexander-Adams et ses avantages dans les rétroflexions non compliquées de l'utérus. (*Thèse* de Berlin, 1910.)

Luque. — Thérapeutique des rétrodéviations utérines. (*Gynécologie et Obstétrique*, 1925, p. 476.)

Macfarlane. — *Jour. of Obst. a. Gyn. of the Brit. Emp.*, août 1922, p. 80. (*Jour. de Chir.* 1912, p. 665.)

Mackenrodt. — Traitement de la rétroflexion. (*Zentr. f. Gyn.* 1899.)

Mériel. — La ligamentopexie utérine de Dartigues. (*Toulouse Méd.* 1906, p. 129.)

Michel. — Suites éloignées d'une opération de Doléris. (*Gynécologie et Obstétrique*, 1925, p. 104.)

Milander. — *Zeits. f. Geburt. u. Gyn.*, 1895.

- Muret.** — Hystéropexie abdominale directe et puerpéralité. (*Rev. Méd. de la Suisse Rom.*, 1914, p. 617.)
- Suites physiologiques et pathologiques de l'hystéropexie abdominale directe. (*Ann. de Gyn.* 1914-15, p. 545.)
- Congrès de Genève, 1923.
- Müller.** — *Zentr. f. Gyn.* 1925, n°35.
- Noble.** — *Am. Jour. of Obst.* 1897 (*La Gynécologie*, 1901, p. 327.)
- Oastler.** — *Am. Jour. of Obst.* 1913, p. 145.
- Olivier.** — *Brit. Med. Journal*, mai 1915, p. 871.
- Olshaussen.** — *Zentr. f. Gyn.* 1886, p. 698.
- Orthmann.** — *Ibid.*, 1910, p. 1535.
- Ortodoxu.** — Ligamentopexie et isthmopexie dans les rétrodéviations utérines. (*Thèse de Paris*, 1922.)
- Otto.** — Traitement des rétroflexions utérines par le Baldy-Dartigues. (*Zentr. f. Gyn.* 1927, p. 547.)
- Oui.** — L'hystéropexie envisagée au point de vue de son influence sur les grossesses ultérieures. Congrès de Rouen 1904. (*La Gynécologie*, 1904, p. 170.)
- Paucot.** — Deux cas de grossesse après opération de Dartigues. (*Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn.*, 1925, p. 533.)
- Patel et Vergnory.** — L'incision de Pfannenstiël en Gynécologie. (*Lyon Chirurgical*, 1923.)
- Pellanda.** — Un procédé d'hystéropexie ligamentaire : Le Doléris-Pfannenstiël. (*Rev. franç. de Gyn. et d'Obst.*, 1925, p. 140.)
- Piehevin.** — De l'hystéropexie abdominale. (*Sem. Gyn.* 1903, p. 329.)
- Pinard.** — Suites des opérations sur l'utérus au point de vue des accouchements et grossesses. (*Ann. de Gyn.* 1898, p. 241.)
- Pistuddi.** — A propos du traitement des rétrodéviations utérines. (*Gynécologie et Obstétrique*, 1926, p. 351.)
- Pool et Hawks.** — *Surg. Gyn. and Obst.*, 1925, p. 828.
- Proust.** — Technique des interventions chirurgicales dans les rétroversions de l'utérus en dehors de la grossesse. (*Gynécologie et Obstétrique*, 1923, p. 123.)
- Queirel.** — Hystéropexie et puerpéralité. (*Ann. Gyn. et Obst.*, 1904.)

- Rabeneau.** — *Berl. Klin. Wochensch.*, mai 1886.
- Reyes.** — Grossesse, parturition et santé après le remplacement chirurgical de l'utérus. (*Surg. Gyn. and Obst.*, 1926, p. 317).
- Richardson.** — *Ibid.*, 1920, p. 90.
- Richelot.** — Sur le traitement de la rétroversion utérine. Raccourcissement des ligaments ronds par inclusion pariétale. (*La Gynécologie*, 1900, p. 971.)
— *La Gynécologie*, octobre 1905.
- Rieck.** — *Monatsch. f. Geburt. u. Gyn.*, t. XIV, p. 37 et 237.
- Rivière.** — De l'hystéropexie et du raccourcissement des ligaments ronds au point de vue obstétrical. (*Gaz. hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie*, 1892, p. 445.)
- Rohier.** — Les hystéropexies actuelles. (*Rev. de Gyn. et de Chir. Abdominale*, 1914, p. 81.)
- Rossier.** — Les méthodes de fixation de l'utérus et leurs suites obstétricales. (*Rev. Méd. de la Suisse Romande*, 1915, p. 686.)
- Roux.** — Sur l'opération d'Alexander-Adams. (*Ibid.*, 1888, n° 11.)
- Ruckert.** — *Zentr. f. Gyn.*, 1910, p. 1299.
- Rüder.** — Sur les avantages de l'opération d'Alquié-Alexander. (*Münch. Mediz. Wochensch.*, 1913, p. 305.)
- Saenger.** — *Zentr. f. Gyn.*, octobre 1891.
- Schauta.** — Soc. d'Obst. et de Gyn. de Vienne, novembre 1911, (*La Gynécologie*, 1912, p. 170.)
- Schickele.** — Les suites de l'opération d'Alexander-Adams. (*Berl. Klin. Wochensch.*, 1911, p. 2241.)
- Schumann.** — *The N.-Y. Med. Jour.*, octobre 1910, p. 715.)
- Schwartz.** — Congrès de Genève, 1896.
— *Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, fév. 1900.
— *Rev. de Gyn. Obst. et Péd. de Bordeaux*, 1902, p. 180.
- S. della Chiaje.** — *Gynécologie et Obstétrique*, 1923, p. 2621.
- Seitz.** — Sur le traitement chirurgical de la rétroversion-flexion utérine. (*Archiv. f. Gyn.* 1920, p. 141.)
- Seegert.** — *Zeitsch. f. Geburt. u. Gyn.*, 1905, p. 383.
- Sitzenfrey.** — *Zentr. f. Gyn.*, 1910, p. 1579.
- Spanin.** — Thèse de Berlin, 1913.

- Terrier.** — *Progrès Médical*, 1889.
- Turenne.** — *Ann. de Gyn.*, 1911, p. 718.
- Uthmöller.** — La Vaginofixation. (*Zentr. f. Gyn.* 1911, p. 711.)
— Grossesses difficiles après vaginofixation. (*Ibid.*, 1913, p. 653.)
- Velde.** — *Berl. Klin. Wochensch.*, 1895, p. 793.
- Villeneuve.** — *Thèse de Toulouse*, 1899.
- Violet.** — Du traitement opératoire des rétroversions utérines en dehors de la grossesse. (*Rev. franç. de Gyn. et d'Obst.*, 1923, p. 681.)
- Wallace.** — *Jour. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp.*, avril 1907, p. 130.
- Weberstedt.** — Pozzi, *Traité de gynécologie*, p. 535.
- Weivel.** — Les résultats des opérations vaginales pour rétro-déviation utérines. (*La Gynécologie*, 1912, p. 170.)
- Winter.** — *Zentr. f. Gyn.*, 1893.
- Williams.** — *Transact. of the southern. (Surg. and Gynd. Ass.*, 1907.)
-

BORDEAUX. -- Imprimerie J. BIÈRE
18, 20, 22, Rue du Peugue. — 1938.
